

**Rapport Technique No. 16-F**

**ÉVALUATION ÉCONOMIQUE  
DES TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COÛTS  
DANS LE SECTEUR NON-HOSPITALIER AU NIGER**

**Soumis à :**

**République du Niger  
Ministère de la santé publique  
Direction des études et de la programmation  
Projet de tests pilotes de recouvrement des coûts des soins de santé  
et la Mission de l'USAID au Niger  
et à la  
Division de la réforme sectorielle et des politiques  
Office de la santé et de la nutrition  
Centre de la population, de la santé, et de la nutrition  
Bureau des programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche  
Agence des États-Unis pour le développement international**

**par :**

**François P. Diop, Ph.D.  
Ricardo Bitran, Ph.D.  
Marty Makinen, Ph.D.  
Abt Associates Inc.**

**OCTOBRE 1994**

**HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY (HFS) PROJECT  
(Projet de financement et pérennisation des soins de santé)**

**ABT ASSOCIATES INC., Maître d'oeuvre  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, MD 20814 (USA)  
Tél : (301) 913-0500 Fax : (301) 652-3916  
Télex : 312638**

**Management Sciences for Health, Sous-traitant  
The Urban Institute, Sous-traitant**

**Contrat AID No. DPE-5974-Z-00-9026-00**

## **ABRÉGÉ**

Ce document présente une évaluation économique des tests pilotes réalisés par le gouvernement du Niger et les États-Unis pour tester la performance des différentes options de financement des soins de santé dans les zones rurales du Niger. Ces résultats s'inscrivent dans le cadre de travaux de formulation d'une politique nationale de financement des soins de santé primaires. Le document récapitule les études préparatoires et les rapports techniques ainsi que les rapports analytiques et de recherche réalisés tout au long des tests pilotes. Il précise les implications des tests pilotes du point de vue politique et fait des recommandations préliminaires en se basant sur les tests. Ces recommandations ont été utilisées lors de l'atelier sur le recouvrement des coûts, tenu en juillet 1994, qui a marqué l'étape finale de l'évaluation des tests.

## REMERCIEMENTS

Les tests pilotes de recouvrement des coûts au Niger constituent une initiative de la plus haute importance à laquelle ont participé un grand nombre de personnes et d'institutions. Au risque d'oublier par accident un grand nombre des protagonistes importants, voici la liste de ceux qui ont permis à cet événement de se concrétiser. Du Ministère de la santé : les anciens Ministres de la santé Ousmane Gazéré, Souleymane Saidou, et Koulou Mahamane; le Secrétaire général actuel et l'ancien Secrétaire général Maina Boucar et Abdou Moha; Mme Gado Hadizatou, Secrétaire général adjoint; le personnel du Département des études et de la planification (DEP) du Ministère de la santé et du Système national d'information sanitaire (SNIS); Ibrahim Magagi; Djibrilla Karamoko; les membres du Bureau central directeur des tests pilotes y compris Issa Baguirbi, Issoufou Balarabé, Maiga Zurkaleini, Midou Kailou, et Ousmane Oumarou; et le reste du personnel du Bureau.

Les auteurs tiennent également à remercier le personnel de la Direction départementale de la santé (DDS) des départements de Tillabéri, Dosso, et Tahoua; le personnel médical et administratif des formations sanitaires des circonscriptions sanitaires de Boboye, Say et Illéla; les membres du Comité directeur du recouvrement des coûts; la Banque mondiale, l'UNICEF, RESSFOP, et les participants des trois ateliers d'organisation des tests pilotes.

Nous remercions également le personnel de l'USAID dont le nom suit pour son assistance et son soutien. De l'USAID/Niamey : George Eaton, James Anderson, Helen Soos, Keith Simmons, James Grant, Margaret Neuse, Carina Stover, Carl Abdou-Rahmaan, Oumarou Kane, et Charles Habis. Du Bureau de recherches et de développement d'AID/Washington : Robert Emrey et John Tomaro.

Nous remercions également Nancy Mock, James Setzer, Ian Sliney et Johnm Izard de l'université Tulane et l'équipe d'assistance technique du don en appui au secteur de la santé au Niger. Enfin, les auteurs souhaitent reconnaître les contributions du personnel suivant d'Abt Associates et du Projet HFS : Stéphanie Wilson, John Tilney, Gerald Wein, Charlotte Leighton, Marcia Weaver, Carla Willis, Marcia Jerrett, Gregory Becker, Keith McInnes, Kenneth Currier, Denise Lionetti, Barbara Stevens, Hugo Espinoza, Alex Jones, Nena Terrell, et Denise DeRoeck.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS . . . . .	i
LISTE DES TABLEAUX . . . . .	iv
LISTE DES SCHÉMAS . . . . .	v
LISTE DES SIGLES . . . . .	vi
TAUX DE CHANGE . . . . .	vii
PRÉFACE . . . . .	viii
RÉSUMÉ ANALYTIQUE . . . . .	1
1.0 INTRODUCTION . . . . .	13
2.0 CADRE GÉNÉRAL . . . . .	16
2.1 Pourquoi des réformes sont-elles nécessaires? . . . . .	16
2.1.1 Un état sanitaire qui aurait dû être meilleur . . . . .	16
2.1.2 Des capacités physiques et humaines sous-utilisées . . . . .	17
2.1.3 Des ressources financières insuffisantes et mal réparties . . . . .	17
2.2 Quelles Réformes? . . . . .	19
2.2.1 Origines du débat sur le recouvrement des coûts au Niger . . . . .	19
2.2.2 Contexte de la SDSS . . . . .	19
2.2.3 Initiative de Bamako . . . . .	20
2.2.4 Dialogue politique et prise de décisions . . . . .	20
3.0 CONCEPTION DES TESTS PILOTES . . . . .	22
3.1 Préparation technique . . . . .	22
3.2 Conception . . . . .	23
3.2.1 Aire du Projet . . . . .	23
3.2.2 Interventions d'amélioration de la qualité des soins . . . . .	25
3.2.3 Interventions de recouvrement des coûts . . . . .	25
3.2.4 Évaluation des performances . . . . .	26
4.0 RÉSULTATS . . . . .	30
4.1 Demande et utilisation des soins de santé . . . . .	30
4.2 Tarification . . . . .	32
4.3 Dépenses privées des ménages . . . . .	34
4.4 Coûts récurrents du train de réformes . . . . .	36
4.5 Qualité des soins . . . . .	40
4.6 Mobilisation des ressources et recouvrement des coûts . . . . .	44
4.6.1 Mobilisation de ressources additionnelles . . . . .	46
4.6.2 Taux de Recouvrement des coûts récurrents . . . . .	46
4.6.3 Modes de paiement : Attitudes des populations . . . . .	49

## TABLE DES MATIÈRES, continué

5.0	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	50
5.1	Implications Politiques	50
5.2	Recommandations	53
5.2.1	Au gouvernement du Niger	54
5.2.2	Aux collectivités territoriales du Niger	55
5.2.3	Aux communautés de base du Niger	56
5.2.4	Aux bailleurs de fonds en général	56
5.2.5	À l'USAID/Niamey	57
5.2.6	À la Coopération médicale belge	57
5.2.7	À l'UNICEF	57
5.2.8	À la Banque mondiale	58
5.3	Plan d'action vers la généralisation : Principales questions politiques	58
5.3.1	Mobilisation des ressources internes	58
5.3.2	Améliorations et réduction des coûts des soins de santé	59
5.3.3	Participation communautaire	60
5.3.4	Mise en oeuvre	60
5.3.5	Suivi et évaluation	61
	BIBLIOGRAPHIE	62

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 3-1 :	POPULATION ET INDICATEURS DU SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ PUBLIQUE DANS L'AIRE DU PROJET . . . . .	24
TABLEAU 3-2 :	MÉTHODOLOGIE DES TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COÛTS . . . . .	28
TABLEAU 4-1 :	COMPARAISON DES NIVEAUX D'UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES ENTRE L'ENQUÊTE DE BASE ET L'ENQUÊTE FINALE PARMY QUELQUES GROUPES CIBLES . . . . .	33
TABLEAU 4-2 :	SCHÉMAS DES PRATIQUES DE TARIFICATION PAR LES GESTIONNAIRES DES FORMATIONS SANITAIRES DANS LES ARRONDISSEMENTS TESTS : MAI 1993-FÉVRIER 1994 . . . . .	35
TABLEAU 4-3 :	DÉPENSES EN MÉDICAMENTS ET FRAIS ADDITIONNELS DE GESTION : MAI 1993-FÉVRIER 1994 . . . . .	42
TABLEAU 4-4 :	VOLONTÉ DE PAYER LES AMÉLIORATIONS DE LA DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS . . . . .	45
TABLEAU 4-5 :	RECETTES DU RECOUVREMENT DES COÛTS : MAI 1993-FÉVRIER 1994 . . . . .	47
TABLEAU 4-6 :	RECOUVREMENT DES COÛTS DES MÉDICAMENTS ET DE GESTION : MAI 1993-FÉVRIER 1994 . . . . .	48

## LISTE DES SCHÉMAS

SCHÉMA 3-1 :	CALENDRIER DES INTERVENTIONS ET DES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DES TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COÛTS : 1992-1994 . . . . .	29
SCHÉMA 4-1 :	TAUX DE CHANGEMENT DE L'UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES ENTRE L'ANNÉE DE BASE (MAI 1992- FÉVRIER 1993) ET L'ANNÉE TEST (MAI 1993-FÉVRIER 1994) . . .	31
SCHÉMA 4-2 :	DÉPENSES MONÉTAIRES LIÉES À LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW POUR L'ENQUÊTE DE BASE ET L'ENQUÊTE FINALE : TOUS LES MALADES . . . . .	37
SCHÉMA 4-3 :	DÉPENSES MONÉTAIRES LIÉES À LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW POUR L'ENQUÊTE DE BASE ET L'ENQUÊTE FINALE : PATIENTS DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES (FSP) . . . . .	38
SCHÉMA 4-4 :	DÉPENSES MOYENNES EN MÉDICAMENTS PAR TYPE DE FORMATIONS SANITAIRES : MAI 1993-FÉVRIER 1994 . . . . .	41
SCHÉMA 4-5 :	TAUX DE CHANGEMENT DU NOMBRE DE VISITES RETOUR DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES ENTRE L'ANNÉE DE BASE (MAI 1992-FÉVRIER 1993) ET L'ANNÉE TEST (MAI 1993-FÉVRIER 1994) . . . . .	43

## LISTE DES SIGLES

BCS	Bureau central de suivi des tests pilotes
CB	Communauté de base
CM	Circonscription médicale
CSMI	Centre de santé maternelle et infantile
CT	Collectivité territoriale
DDS	Direction départementale de la santé
DEP	Direction des études et de la programmation (MSP)
DPS	Direction de la promotion de la santé
EDSN	Enquête démographique et sanitaire Niger 1992
ESV	Equipe de santé villageoise
FSP	Formation sanitaire publique
HFS	Projet de financement et pérennisation de la santé
IB	Initiative de Bamako
MSP	Ministère de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPPC	Office national des produits pharmaceutiques et chimiques
PDS	Plan de développement sanitaire, Draft No 3
UNICEF	Fond des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development)
SDSS	Subvention au développement du secteur sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SPT	Stratégie plainte-traitement
SSE	Système de suivi et d'évaluation

## TAUX DE CHANGE

La réalisation des tests pilotes a chevauché une période marquée par le changement de parité du franc CFA. Les tests proprement dits ont débuté en mai 1993 par le lancement du paiement des soins dans les formations sanitaires des arrondissements de Boboye et de Say. Jusqu'au 12 janvier 1994, la parité du franc CFA par rapport au franc français était 1 franc CFA=0,02 FF; avec le changement de parité intervenu avec la dévaluation du franc CFA, 1 franc CFA=0,01 FF. Ainsi, le taux de change du dollar par rapport au franc CFA a doublé en janvier 1994 et continue de fluctuer avec le taux de change du franc français : au démarrage des tests pilotes,

1 US\$ = 256 francs CFA; au 12 janvier 1994, 1 US\$ = 550 francs CFA.

## PRÉFACE

Le présent document, préparé par l'équipe d'assistance technique du Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS), présente une évaluation économique des tests pilotes. Il récapitule les études préparatoires et les rapports techniques ainsi que les rapports analytiques et de recherche réalisés tout au long des tests. Il précise les implications qu'ont les tests pilotes au niveau des politiques et fait des recommandations préliminaires en se basant sur les tests. Ces recommandations ont été utilisées lors de l'atelier sur les politiques de recouvrement des coûts qui a marqué l'étape finale de l'évaluation des tests. Cet atelier s'est tenu du 25 au 27 juillet 1994.

Parmi les participants de l'atelier, on notait la présence des représentants du gouvernement sous la direction des Ministres de la santé, des finances et du Plan, de l'intérieur et du commerce, des représentants du Président, de l'Assemblée nationale et de divers départements ministériels, des représentants des administrations régionales et locales, des dirigeants traditionnels, des syndicats et de la communauté des bailleurs de fonds. L'atelier visait à évaluer la performance des tests pilotes et à faire des recommandations sur les stratégies en vue de généraliser le recouvrement des coûts sur l'ensemble du pays.

Le Ministère de la santé a réaffirmé l'engagement du gouvernement du Niger à appliquer le recouvrement des coûts sur l'ensemble du pays. Les participants de l'atelier ont indiqué qu'ils préféreraient le mode de paiement indirect. Toutefois, ils ont recommandé que le gouvernement laisse les communautés choisir le mode de paiement.

Suite aux recommandations de l'atelier, le Ministère de la santé publique a collaboré à la préparation des textes juridiques et du cadre institutionnel d'une politique nationale de financement de la santé dans le secteur non-hospitalier. Le Ministère a également finalisé le document sur les soins de santé primaires à l'échelle nationale qui avait été élaboré lors des tests pilotes pour étayer la mise au point d'une politique nationale.

Un avant-projet de ce document a été présenté en juillet 1994 au Ministère de la santé et à l'USAID/Niamey pour aider à prendre les décisions concernant la politique de financement des soins de santé primaires.

# RÉSUMÉ ANALYTIQUE

## HISTORIQUE DES TESTS PILOTES

Durant la deuxième moitié des années 80, il s'est avéré nécessaire d'accroître les ressources du secteur sanitaire au Niger afin d'améliorer la qualité des soins, en dépit du contexte fiscal plutôt austère. Parmi les politiques sectorielles envisagées pour faire face à cette situation, on a pensé au recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier. Plusieurs types de réformes financières ont donc été envisagées, dont (i) un système de financement privé basé sur le paiement direct par les utilisateurs; (ii) un système de financement social s'appuyant sur la majoration de la taxe d'arrondissement pour financer les médicaments; et (iii) un système de prépaiement, c'est-à-dire la vente de cartes de santé annuelles dont le produit serait utilisé pour financer l'acquisition des médicaments. Pendant les années 80, on a débattu les avantages et les inconvénients de ces différentes approches du point de vue de l'équité, de l'efficacité et de la viabilité, autant de questions auxquelles les expériences connues offraient peu de réponses. L'accord de subvention au développement du secteur sanitaire (SDSS) conclu entre la République du Niger et les États-Unis en août 1986 offrait un cadre institutionnel dynamique, des ressources financières et une assistance technique pour tester les performances de systèmes de financement différents dans le contexte rural du Niger et éventuellement de formuler une politique nationale de financement des soins de santé primaires.

Le séminaire de Kollo sur le recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier, tenu en novembre 1989, entrainé dans le cadre de l'orientation technique des tests qui devaient être mis en oeuvre. La Direction des études et de la programmation (DEP) a alors été chargée de la préparation technique des tests pilotes. Par ailleurs, un arrêté du Ministère de la santé (MSP) a mis en place en mars 1991, un comité de pilotage regroupant les directions du MSP, des représentants du Ministère des finances et du Plan et du Ministère de l'intérieur ainsi que plusieurs bailleurs de fonds. Ce comité était chargé de l'orientation politique des tests. En avril 1992, le MSP a mis sur pied une unité de gestion de la mise en oeuvre des tests pilotes rattachée administrativement à la DEP, le Bureau central de suivi. Le démarrage des tests a eu lieu en mai 1993 dans les arrondissements de Boboye, département de Dosso, et de Say, département de Tillabéri. Par ailleurs, l'arrêté portant création des tests pilotes de recouvrement des coûts des soins de santé a autorisé la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le département de Maradi : l'Initiative a été officiellement lancée en janvier 1994 dans le département.

Pour la préparation des tests pilotes, le MSP a reçu le soutien de l'Université Tulane et d'Abt Associates Inc. dans le cadre du volet assistance technique de la SDSS. Pour la mise en oeuvre des tests pilotes, l'assistance technique est assurée par le Projet de financement et pérennisation de la santé (HFS), qui est financé au niveau central par l'AID.

### *Pertinence politique des tests pilotes*

Les performances du système de santé publique dans son ensemble par rapport aux objectifs spécifiés dans le Plan de développement sanitaire 1994-2000 dépendront des performances des circonscriptions sanitaires. La réussite des réformes administratives et politiques déjà engagées dans le secteur hospitalier dépendra partiellement des capacités des niveaux inférieurs du système de santé publique de prendre en charge efficacement les soins primaires et secondaires. L'amélioration de la qualité des soins de santé de base dans un contexte où l'extension de la couverture sanitaire du pays est

une nécessité, ne pourra être pérennisée qu'à travers des réformes qui visent la limitation des coûts des soins de santé ainsi que la mobilisation et la rationalisation de l'utilisation des ressources internes.

Le Niger est un pays essentiellement rural et pauvre où les ménages ruraux font face à des contraintes de liquidités qui varient d'une saison à une autre, si bien que toute réforme financière aura des conséquences variables sur l'efficacité, l'équité et la viabilité du système de financement local. Trouver des réponses empiriques à ces questions posées par les diverses options de financement est justement l'objectif des tests pilotes.

Dans la même optique, la pertinence des résultats des tests pilotes dépasse le cadre du Niger; plusieurs pays africains envisagent des mécanismes de remplacement du paiement direct dans le cadre du renforcement des circonscriptions sanitaires rurales. Les tests pilotes coïncident avec les domaines prioritaires futurs de l'Initiative de Bamako sur les mécanismes de financement : l'UNICEF estime, en effet, que dans le cadre de l'Initiative de Bamako, le paiement direct des soins sera remplacé à long terme par le système de cotisation puis par le régime d'assurance maladie.

### *Conception des tests pilotes*

L'objectif des tests pilotes est de fournir des informations au MSP sur les avantages et les inconvénients de divers modes de paiement afin d'aider à sélectionner un mode de paiement dans le cadre de la formulation d'une politique de financement des soins de santé dans le secteur non-hospitalier. Les interventions des tests pilotes constituent un ensemble très complet de réformes techniques, administratives, et financières s'inscrivant dans le cadre du renforcement des capacités du système de prestation des soins de la circonscription sanitaire.

Les tests pilotes s'inscrivant dans le processus de développement d'une politique gouvernementale, le critère qui a prévalu pour le choix définitif des arrondissements sites des tests a été la proximité de Niamey afin de permettre aux autorités du MSP de suivre de plus près la mise en oeuvre et les performances des tests dans le temps. Les deux arrondissements retenus pour servir d'aire d'intervention des tests sont l'arrondissement de Say, dans le département de Tillabéri, et l'arrondissement de Boboye, dans le département de Dosso; un troisième arrondissement, l'arrondissement d'Illéla, dans le département de Tahoua, où n'a eu lieu aucune intervention, a été observé à des fins de contrôle.

Les réformes techniques comportent tout d'abord la formation du personnel technique des formations sanitaires tests à appliquer des stratégies standardisées de plainte-traitement (SPT) afin de rationaliser l'utilisation des médicaments; puis une meilleure disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires par la mise en place d'un stock initial de médicaments essentiels permettant de couvrir leurs besoins durant toute une année : des médicaments essentiels sous nom générique ont été acquis afin de maintenir le coût des médicaments à des faibles niveaux.

Les capacités administratives des deux circonscriptions médicales tests ont été renforcées par la mise en place d'un système de gestion financière et des stocks de médicaments intégrant le contrôle externe d'un comité local de santé au niveau de chaque formation sanitaire. Le personnel technique des formations sanitaires et les gestionnaires—les gestionnaires sont membres statutaires de leur comité local de santé respectif—ont été formés à administrer le système de gestion.

Les réformes techniques et administratives mises en oeuvre dans les deux arrondissements tests de Boboye et de Say sont similaires. Le personnel sanitaire de l'arrondissement de Boboye administre

depuis plusieurs années les SPT alors qu'elles n'ont été introduites dans l'arrondissement de Say que dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes.

Par contre, les réformes financières introduites dans les deux arrondissements tests sont différentes. Le mode de paiement direct consiste en un paiement d'un montant forfaitaire par épisode par les utilisateurs des formations sanitaires publiques : pour les utilisateurs âgés de 5 ans et plus le tarif est de 200 francs CFA par épisode, et pour les enfants de moins de 5 ans de 100 francs CFA par épisode. Le mode de paiement direct est testé dans l'arrondissement de Say. Le mode de paiement indirect consiste en la majoration de la taxe d'arrondissement et le paiement d'un ticket modérateur par les utilisateurs des formations sanitaires publiques. Les contribuables de l'arrondissement s'acquittent d'une majoration de la taxe d'arrondissement de 200 francs CFA dont le produit est affecté au fonds de roulement de médicaments. Par ailleurs, afin de modérer l'utilisation des services, les utilisateurs âgés de 5 ans et plus payent 50 francs CFA par épisode, et les enfants de moins de 5 ans payent 25 francs CFA par épisode. Le mode de paiement indirect est testé dans l'arrondissement de Boboye.

Les performances des deux mécanismes de paiement sont mesurées grâce à deux instruments. Le premier instrument est constitué par les données sur la demande de soins de santé collectées auprès des ménages à partir d'une enquête de base réalisée avant l'introduction des paiements et d'une enquête réalisée une année après l'enquête de base. Le deuxième instrument est constitué par les données d'activités et les données financières des formations sanitaires collectées mensuellement tout au long de l'année du projet.

## **RÉSULTATS DES TESTS PILOTES**

Les objectifs des systèmes de recouvrement des coûts qui ont été retenus par le séminaire de Kollo pour servir à évaluer la performance des modes de paiement à juger dans le cadre des tests pilotes reflètent le souci de mettre en place au niveau local un système de financement équitable, efficient, et viable. Le premier objectif retenu est que le système doit répondre aux besoins des populations et stimuler la demande et l'utilisation des soins de santé; le système doit permettre de pérenniser des améliorations de la qualité des soins qui répondent à la perception que les populations—les bénéficiaires—ont de soins de qualité. Deuxièmement, le système doit garantir l'accessibilité des soins aux groupes cibles et populations éloignés des formations sanitaires. Troisièmement, les coûts récurrents des réformes techniques et administratives engagées doivent être contenus à des faibles niveaux. Enfin, le mode de recouvrement doit permettre de mobiliser des ressources qui couvrent les charges récurrentes induites par les réformes techniques et administratives afin de garantir la viabilité du système.

### ***Demande et utilisation des soins de santé***

Les améliorations de la qualité des soins introduites avec la mise en oeuvre des tests pilotes, la plus grande disponibilité des médicaments plus particulièrement, ont stimulé la demande de soins de santé dans les formations sanitaires publiques des arrondissements tests, comparée aux faibles niveaux d'utilisation qui étaient observés avant le démarrage des tests à Boboye et Say, et à la tendance à la détérioration qui s'est maintenue dans l'arrondissement contrôle d'Illéla. Le paiement direct dans l'arrondissement test de Say a constitué une barrière pour certains secteurs de la population, plus particulièrement parmi les populations résidant dans les villages sites des formations sanitaires alors que le paiement du ticket modérateur n'a pas pu modérer l'utilisation dans les villages sites des formations sanitaires dans l'arrondissement test de Boboye.

L'utilisation des formations sanitaires publiques s'est nettement détériorée parmi les femmes et les résidents des villages éloignés des formations sanitaires dans l'arrondissement contrôle d'Illéla; par ailleurs, des signes de détérioration à partir de très faibles niveaux sont observés parmi les plus pauvres de l'arrondissement. Dans l'arrondissement test de Say, le niveau d'utilisation des groupes cibles n'a pas changé de façon significative, à l'exception des plus pauvres pour lesquels l'utilisation s'est détériorée. À l'autre extrême, l'utilisation des formations sanitaires s'est nettement améliorée parmi les groupes cibles de l'arrondissement test de Boboye, parmi les 25 pour cent les plus pauvres plus particulièrement. L'amélioration de la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques a entraîné un déplacement de la demande de soins auprès des marchands ambulants du secteur informel vers les formations sanitaires publiques : ce changement a été plus important dans l'arrondissement de Boboye où le niveau du ticket modérateur était compétitif par rapport au prix des médicaments vendus dans le secteur informel. Finalement, l'utilisation des formations sanitaires publiques est plus sensible aux coûts d'opportunité liés à l'éloignement desdites formations qu'aux modes de paiement et tarifs en vigueur dans les trois arrondissements.

La tarification mise en place dans le cadre des tests est assez simple, ce qui représente un avantage. Cependant, deux questions restent sans réponse : (i) celle de la prise en charge des élèves soit par l'État, soit par la collectivité territoriale, au risque de compromettre la viabilité des systèmes de financement, le système direct plus particulièrement; et (ii) celle de la révision du système de tarification afin d'améliorer le niveau des recettes générées en assurant une exemption effective des plus démunis. Une solution devra être recherchée dans une tarification différentielle selon le statut du patient, cette tarification imposant le paiement pour tous les utilisateurs afin d'améliorer l'efficacité et l'équité du système de financement.

L'introduction du recouvrement des coûts n'a pas entraîné une augmentation des dépenses privées des ménages pour soigner la maladie. Les dépenses privées sont mesurées par toutes les dépenses qui ont été engagées pour soigner la maladie durant les deux semaines précédant l'interview du malade : elles incluent les dépenses qui ont été engagées dans le cadre de soins à la maison avant toute visite à une formation sanitaire, dont l'achat des médicaments, et les dépenses pour le transport, le logement et la nourriture, et le traitement si le malade s'est fait soigner dans une formation sanitaire. En moyenne, les dépenses liées à la maladie parmi l'ensemble des malades ont baissé pour passer d'environ 300 francs CFA dans les trois arrondissements avant le démarrage des tests à 250 francs CFA dans l'arrondissement contrôle d'Illéla durant les tests, à 210 francs CFA dans l'arrondissement test de Say, et à 230 francs CFA dans l'arrondissement test de Boboye.

Par ailleurs, dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les patients des formations sanitaires publiques continuent de dépenser en moyenne entre 1 700 francs CFA et 1 800 francs CFA en l'espace de deux semaines. Dans les arrondissements tests, les dépenses des patients des formations sanitaires publiques ont sensiblement baissé : ainsi, dans l'arrondissement test de Say, elles sont tombées d'une moyenne de 1 000 francs CFA avant les tests à 600 francs CFA durant les tests; de même, dans l'arrondissement test de Boboye, les dépenses ont baissé, passant d'une moyenne de 1 000 francs CFA avant les tests à 500 francs CFA durant les tests.

### *Coûts récurrents du train de réformes*

Au niveau de l'arrondissement test de Say, les huit formations sanitaires publiques ont consommé 12 700 000 francs CFA de médicaments au cours de la période de dix mois allant de mai 1993 à février 1994 : soit une consommation annuelle de 15 200 000 francs CFA qui représente 2,5 fois la dotation annuelle de médicaments du budget de l'État (de l'ordre de 6 000 000 francs CFA). Au niveau de

l'arrondissement test de Boboye, une valeur de 11 000 000 de francs CFA de médicaments a été consommée dans les dix formations sanitaires publiques entre mai 1993 et février 1994 : soit une consommation annuelle de 13 200 000 francs CFA qui représente près de 3 fois la dotation annuelle de médicaments du budget de l'État (de l'ordre de 4 500 000 francs CFA).

Les dépenses moyennes en médicaments par patient ont fortement varié d'un arrondissement à un autre et d'une formation sanitaire à une autre reflétant partiellement les différents niveaux de maîtrise des stratégies plainte-traitement (SPT). Dans l'arrondissement de Boboye, où les stratégies sont appliquées depuis plusieurs années, les dépenses moyennes en médicaments par nouveau patient ont fluctué entre 90 et 140 francs CFA selon les mois durant la période allant de mai 1993 à février 1994 : la moyenne de la période s'est élevée à 108 francs CFA par nouveau patient. Par ailleurs, dans l'arrondissement de Say, où l'utilisation des stratégies a été introduite durant l'année des tests pilotes, les dépenses moyennes en médicaments par nouveau patient ont atteint entre 200 et 330 francs CFA selon le mois, entre mai 1993 et février 1994 et la moyenne de la période s'est élevée à 272 francs CFA par nouveau client. Les performances relatives des deux arrondissements démontrent que bien connaître et appliquer les SPT dans la prestation des soins est un instrument efficace pour réduire les coûts en médicaments des services.

Les charges récurrentes du train de réformes se sont élevées à 18,6 millions de francs CFA durant les dix premiers mois dans chacune des deux circonscriptions médicales. Entre 60 et 70 pour cent des coûts récurrents du train de réformes proviennent de l'amélioration de la disponibilité des médicaments dans les deux circonscriptions médicales; le reste (30 à 40 pour cent) est lié à l'administration du nouveau système de gestion. Environ 65 pour cent des charges additionnelles de gestion sont constituées par les charges salariales du nouveau système de gestion.

La viabilité du système de financement local à mettre en place dépendra essentiellement de la capacité d'administrer des réformes techniques, telles que la formation en SPT, l'utilisation des médicaments essentiels sous nom générique et la gestion des médicaments, afin de minimiser les charges additionnelles en médicaments et de gérer les améliorations de la qualité des soins.

La pérennité du système de financement local ne peut être envisagée que sur la base d'améliorations durables de la qualité des soins et de l'adhésion des populations au système mis en place. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, le nombre de visites retour a légèrement progressé (de 14 pour cent) entre l'année de base et l'année test. Dans les deux arrondissements tests de Boboye et de Say, la disponibilité des médicaments a entraîné une amélioration de la continuité des soins et du suivi des patients. Dans l'arrondissement de Boboye, le nombre de visites retour a plus que doublé entre l'année de base et l'année test. Dans l'arrondissement de Say, le nombre de visites retour s'est accru de 44 pour cent.

D'après les déclarations des personnes interrogées âgées de 15 ans et plus dans les deux arrondissements tests de Boboye et de Say, la volonté de payer les tarifs imposés par les formations sanitaires publiques pour garantir la disponibilité des médicaments dans lesdites formations est très élevée. Dans ces deux arrondissements, la proportion d'individus âgés de 15 ans et plus qui déclarent être prêts à toujours payer pour garantir la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires s'élève à environ 90 pour cent. Par ailleurs, les populations sont prêtes à appuyer une révision des tarifs si les tarifs actuels ne permettent pas de recouvrer le coût des médicaments. En d'autres termes, les populations soutiennent la consolidation des réformes qui ont été engagées.

### ***Mobilisation des ressources et recouvrement des coûts***

L'application du mode de paiement direct dans l'arrondissement test de Say a permis de générer 6,5 millions de francs CFA durant les dix premiers mois des tests. Sur une base annuelle, le paiement direct génère 8 millions de francs CFA durant l'année test dans l'arrondissement de Say. Dans l'arrondissement test de Boboye, le paiement indirect peut assurer des ressources additionnelles de 19,5 millions de francs CFA, dont 15 millions provenant de la majoration de la taxe d'arrondissement et 4,5 millions provenant du paiement du ticket modérateur par les utilisateurs des formations sanitaires publiques. Du point de vue de la capacité de générer des revenus, les données des dix premiers mois des tests pilotes indiquent que le paiement indirect a une performance deux fois plus élevée que le paiement direct.

En faisant la somme des ressources provenant de la majoration de la taxe et des recettes du ticket modérateur, d'une part, et d'une meilleure maîtrise des SPT, d'autre part, on s'aperçoit que la circonscription médicale de Boboye obtient un taux de recouvrement du coût des médicaments de 149 pour cent. Par contre, dans l'arrondissement de Say, les recettes du paiement du montant forfaitaire ne permettent que de recouvrer 52 pour cent du coût des médicaments. Deuxièmement, les recettes de la taxe et du ticket modérateur arrivent à couvrir entre 89 pour cent des dépenses de médicaments et des coûts additionnels de gestion imputables à l'introduction du recouvrement des coûts et à l'amélioration de la gestion des formations sanitaires dans l'arrondissement de Boboye. Dans l'arrondissement de Say, les recettes ne permettent de couvrir que 30 à 40 pour cent des dépenses en médicaments et des coûts administratifs. La dévaluation du franc CFA a eu un effet externe important sur ces niveaux de performance : dans ce nouveau contexte, les recettes du paiement direct permettraient de reconstituer 29 pour cent des quantités de médicaments aux niveaux consommés dans la CM de Say durant l'année des tests; par ailleurs, les recettes du paiement indirect dans l'arrondissement de Boboye permettraient de reconstituer 82 pour cent des quantités consommées durant la période des tests.

Le mode de paiement indirect génère plus de revenus permettant de couvrir une part importante des frais de médicaments et de gestion découlant de l'application des réformes telles que mises en oeuvre dans le cadre des tests. Quel que soit le mode de paiement, cependant, la capacité de recouvrer le coût des médicaments dépend essentiellement de la maîtrise des SPT, qui permettent de contenir les coûts en médicaments, et de l'utilisation d'une liste restreinte de médicaments essentiels génériques dans le cadre de la prestation des soins. Finalement, les populations déclarent préférer le mode de paiement indirect car, selon leur avis largement partagé, il est plus facile à financer.

### ***Implications politiques***

Le Plan de développement sanitaire 1994-2000 (PDS), en préparation, ouvre de nouvelles orientations pour le renforcement des capacités du système de santé publique du Niger. Dans le cadre de la poursuite de l'objectif général d'établir un équilibre entre l'accroissement démographique et les ressources du secteur sanitaire, le PDS prévoit l'institutionnalisation du recouvrement des coûts dans toutes les formations sanitaires du pays. Les réformes administratives et politiques engagées par le MSP dans le domaine de la réduction et du recouvrement des coûts dans les secteurs hospitalier et non-hospitalier sont des étapes significatives vers cet objectif.

Les conclusions de l'analyse de la situation actuelle du système de santé de la circonscription, appuyées par les résultats des tests pilotes dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, confirment la pertinence des orientations des réformes envisagées dans le cadre du financement du secteur non-hospitalier. Il est fort peu probable que les objectifs généraux de promotion et de protection de la santé des Nigériens en

général, et des groupes vulnérables en particulier, puissent être atteints à moyen ou à long terme dans l'état actuel du système de santé de la circonscription. La quasi-inexistence du secteur privé formel et le développement du secteur informel dans le domaine de l'offre de services médicaux et sanitaires dans les zones rurales du Niger limitent les options politiques du gouvernement au renforcement du secteur de la santé publique de base.

Afin d'instaurer durablement un système de financement local des soins de santé intégrant la participation des populations, la prestation de soins de santé au niveau de la circonscription devra être plus efficiente. La viabilité d'un système de financement local des soins de santé dépendra de la politique du médicament et de la politique des ressources humaines appliquées dans le secteur sanitaire. Par ailleurs, la population et les communautés de base ne pourront participer à la gestion des formations sanitaires publiques et gérer les ressources de façon plus rationnelle que si les capacités de gestion du personnel de santé sont renforcées dans le cadre d'un système d'administration local simple et transparent.

Les réformes financières engagées dans le cadre des tests pilotes ont eu des résultats variables. Un résultat qu'ils ont en commun est qu'elles conduisent à une utilisation plus équitable et plus efficiente des ressources publiques de la circonscription sanitaire et à une utilisation plus efficiente des ressources privées des ménages comparé au statu quo de la gratuité des soins.

Les performances des deux modes de paiement sont variables, cependant. Du point de vue de l'équité, les performances du mode de paiement indirect, bien que la demande de soins soit accrue en général, sont restreintes par le rationnement quantitatif dû à l'éloignement des formations sanitaires publiques. Cependant, par rapport au mode de paiement direct, le mode de paiement indirect est plus équitable car il facilite l'accès des soins des formations sanitaires aux enfants, aux femmes, et aux secteurs les plus pauvres de la population.

Du point de vue de la viabilité financière, le mode de paiement indirect est plus performant; en outre, les populations jugent qu'il est plus facile à financer. Cependant, le mode de paiement indirect fait face à des contraintes institutionnelles liées à son administration : le supplément ajouté à la taxe pour financer les médicaments étant collecté en même temps que la taxe d'arrondissement, le risque existe que le produit de la taxe ne soit pas utilisé pour l'achat des médicaments.

Finalement, du point de vue de la capacité du système de la circonscription à renforcer les activités préventives et promotionnelles dans le cadre de centres de soins intégrés, les perspectives ouvertes par la stimulation de la demande de soins dans le cadre du mode de paiement indirect sont plus nettes : ce potentiel du mode de paiement indirect ne pourrait être réalisé que dans le cadre d'une plus grande intégration des services. Ainsi le processus de choix d'un mode de paiement par rapport à l'autre devrait s'inscrire dans le cadre d'un ensemble de réformes administratives, de la tarification, et des perspectives du développement infrastructurel dans une circonscription sanitaire donnée.

En résumé, les résultats et améliorations qui ont été observés dans les arrondissements de Say et de Boboye dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts représentent une fondation solide sur laquelle le MSP pourrait s'appuyer pour engager des réformes administratives et politiques visant à renforcer les capacités des circonscriptions sanitaires du pays afin d'élargir l'accès des biens et services sanitaires de qualité à la majorité de la population, aux femmes, aux enfants et aux pauvres.

La première condition de succès d'une politique de renforcement des capacités des circonscriptions sanitaires est l'existence d'un système fiable d'approvisionnement en médicaments à moindre coût. Les résultats de l'évaluation démontrent que la capacité des populations rurales de payer les médicaments est limitée. Si la disponibilité de médicaments sous nom générique, acquis à moindre

coût à travers un marché efficient et compétitif n'est pas garantie, ce sont la viabilité et l'équité du système de santé qui souffriront : dans ce cadre, les secteurs les plus pauvres de la population seront les premiers perdants.

L'expérience des tests pilotes dans le cadre de l'approvisionnement en médicaments par l'ONPPC révèle que la dépendance du système de santé vis-à-vis d'une source unique d'approvisionnement comporte des risques énormes : ce monopole de l'approvisionnement en médicaments est contraire aux principes de base de la diversification du risque; comme pour tout système, l'offre de produits qui sont essentiels au fonctionnement du système de santé doit être atomisée, plutôt que d'être concentrée sur une seule source d'approvisionnement. Dans ce cadre, l'État doit être un dernier recours et non le seul prestataire de services.

## **RECOMMANDATIONS**

### *Au gouvernement du Niger*

Il est recommandé au gouvernement du Niger de formuler une politique de financement des soins de santé primaires basée sur le principe de la participation responsable de tous les Nigériens à la prise en charge des coûts des soins de santé afin que l'accès à des soins de santé de qualité puisse être élargi durablement à la majorité de la population en général, et aux secteurs les plus pauvres en particulier.

À cet effet, il est recommandé au gouvernement du Niger de promouvoir le mode de paiement indirect comme instrument de la mobilisation des ressources internes à travers la participation communautaire. Dans le cadre du renforcement de la décentralisation administrative, il est recommandé au gouvernement de laisser la détermination finale du mode de paiement aux collectivités territoriales qui devront envisager ce choix selon leurs besoins et contraintes respectives. Le gouvernement devra alors apporter une assistance technique aux collectivités territoriales pour les aider à choisir le mode de paiement et à le mettre en oeuvre. Il est recommandé au gouvernement d'insister pour que les CT appliquent un système de tarification basé sur les estimations des coûts de la prestation des soins afin d'augmenter les perspectives de viabilité du financement local tout en protégeant l'équité.

Les dotations réelles au titre des médicaments du budget central aux circonscriptions médicales étaient déjà très faibles avant la dévaluation du franc CFA. Il est recommandé au gouvernement du Niger d'ajuster à la hausse les dotations annuelles du budget central en médicaments aux circonscriptions sanitaires selon les niveaux de besoins des différentes circonscriptions sanitaires, et de les indexer sur le taux d'inflation des produits pharmaceutiques.

Il est recommandé au gouvernement du Niger de promouvoir et de réglementer l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques du pays afin qu'il soit possible de prendre en charge les besoins croissants des populations à moindre coût. Il est par conséquent recommandé qu'un comité interministériel soit mis en place pour discuter des réformes nécessaires dans le secteur pharmaceutique afin de permettre une généralisation harmonieuse à l'ensemble du pays des réformes qui ont été engagées dans le cadre des tests pilotes.

Il est recommandé au gouvernement du Niger de mettre en place, avec la collaboration des bailleurs de fonds, une centrale autonome d'approvisionnement de médicaments essentiels génériques à but non-lucratif basée à Niamey. La centrale sera chargée de lancer des appels d'offre internationaux pour l'acquisition de médicaments essentiels génériques afin de ravitailler des dépôts régionaux qui seraient mis en place au niveau de chaque région. Ce système alternatif pourra coexister non seulement avec

l'ONPPC, mais aussi avec un marché privé et réglementé d'importation et de distribution de médicaments : le système d'approvisionnement atomisé qui résultera de telles réformes permettra de garantir la disponibilité des médicaments dans le pays, même si une ou plusieurs unités d'importation faisaient face à des difficultés financières ou administratives. Il est également recommandé que l'importation de médicaments essentiels génériques soit exonérée de taxe afin d'améliorer l'équité du système de santé.

Il est recommandé au gouvernement du Niger de renforcer les ressources humaines et matérielles des circonscriptions sanitaires et des formations sanitaires publiques pour obtenir une plus grande intégration des services de santé. Il est recommandé au gouvernement du Niger de généraliser l'application des stratégies plainte-traitement à l'ensemble des circonscriptions sanitaires du pays. Il est recommandé de renforcer les capacités de gestion des formations sanitaires.

Enfin, il est recommandé au gouvernement du Niger de définir et de mettre en place un nouveau partenariat entre les communautés de base, les collectivités territoriales, l'État, et les bailleurs de fonds, axé sur le soutien des efforts internes à engager pour renforcer les soins de santé primaires et satisfaire les besoins sanitaires perçus des communautés de base.

#### *Aux collectivités territoriales et communautés de base du Niger*

Il est recommandé aux collectivités territoriales du Niger d'augmenter leur soutien aux circonscriptions sanitaires. Leur participation pourra inclure la définition et le financement d'une ligne budgétaire de soutien à la participation communautaire au financement des soins de santé primaires.

Il est recommandé aux communautés de base de renforcer les organisations communautaires afin de sensibiliser leurs populations respectives, d'une part, et de mobiliser et de gérer les ressources locales, financières et matérielles de façon à améliorer durablement la qualité des soins de santé dont leurs populations sont les premières bénéficiaires, d'autre part.

#### *Aux bailleurs de fonds en général*

Les bailleurs de fonds du secteur sanitaire du Niger ont apporté un soutien appréciable aux soins de santé primaires dans le pays. Les acquis de ce soutien et les résultats des apports futurs ne sauraient être pérennisés, cependant, que dans le cadre d'un système viable de circonscriptions sanitaires dont les prestations répondent en premier lieu aux besoins perçus des populations desservies. Il est recommandé aux bailleurs de fonds d'augmenter leur soutien et de le restructurer afin de conjuguer leurs initiatives au profit du système de santé de base. Il est recommandé au gouvernement du Niger et aux bailleurs de fonds d'affecter leur coopération à des cadres institutionnels aux niveaux national, régional et sous-régional servant de catalyseurs au renforcement des effets synergétiques des interventions sanitaires sur le système de prestation des soins et la santé des populations. Enfin, il est recommandé aux bailleurs de fonds d'apporter un soutien au gouvernement et aux collectivités territoriales pour la mise en oeuvre des réformes techniques, administratives et financières dans le secteur non-hospitalier.

#### *À l'USAID/Niamey*

L'apport de l'USAID/Niamey dans le contexte de la subvention au développement du secteur sanitaire, a eu un effet déterminant pour encourager ce secteur à s'engager dans des réformes

administratives et politiques dans les domaines de la planification, de la gestion et du financement de la santé. L'extension, le renforcement et la consolidation de ces réformes sont porteurs d'un système de santé plus viable, plus efficient et plus équitable. Les potentialités du nouvel environnement ainsi créé ne peuvent se concrétiser qu'en renforçant les capacités aux niveaux décentralisés du système de santé. À cet égard, il est recommandé à l'USAID/Niamey de renforcer le soutien aux réformes administratives et politiques aux niveaux décentralisés du système de santé publique.

Il est recommandé à l'USAID/Niamey d'aider le gouvernement à évaluer les problèmes du secteur pharmaceutique et à leur trouver une solution. Il est recommandé de créer un projet s'étalant sur cinq ans afin d'assister le gouvernement à généraliser les réformes administratives et financières dans le secteur non-hospitalier. Les tests pilotes ont été un succès majeur autant du point de vue technique que du point de vue du processus de développement d'une politique gouvernementale. L'USAID/Niamey pourra dégager des fonds, sous la forme d'un buy-in, pour un projet financé au niveau central par l'AID afin d'assurer la diffusion des données des tests pilotes.

#### *À la Coopération médicale belge*

Il est recommandé au projet AMISAP et à la Coopération médicale belge de Dosso de continuer à assurer l'assistance technique dans le domaine de la formation et de la supervision du personnel médical en stratégies plainte-traitement dans le cadre des efforts que déploiera le gouvernement pour renforcer les circonscriptions sanitaires.

#### *À l'UNICEF*

Il est recommandé à l'UNICEF de servir de chef de file pour évaluer les contraintes du secteur pharmaceutique et leur trouver une solution. L'UNICEF doit dégager des fonds pour financer des visites d'études pour des responsables du MSP dans des pays de la région où des systèmes semi-autonomes d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques ont été mis en place. L'UNICEF pourra non seulement fournir l'assistance technique pour la mise en place d'un système semblable au Niger, mais aussi assister des efforts concertés du gouvernement et des bailleurs de fonds pour mettre en place un tel système.

#### *À la Banque mondiale*

Il est recommandé à la Banque mondiale d'inclure une composante soutien à la généralisation des réformes administratives et financières dans les circonscriptions sanitaires de santé dans les projets du secteur santé et population. À travers ces projets, la Banque mondiale pourra apporter un soutien aux réformes dont le financement des stocks initiaux de médicaments essentiels génériques, la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, ainsi que l'acquisition de véhicules, de matériel médical et d'ordinateurs.

### **PLAN D'ACTION VERS LA GÉNÉRALISATION : QUESTIONS POLITIQUES**

Les résultats de la mise en oeuvre des tests pilotes dans les arrondissements de Boboye et de Say, et de l'Initiative de Bamako dans le département de Maradi indiquent qu'il faudra apporter des solutions à plusieurs questions de politiques dans d'autres domaines, et qu'on pourra engager plusieurs actions afin

de mettre en place un environnement favorable qui permettra non seulement de consolider les acquis dans les circonscriptions sanitaires de Say, de Boboye, et de l'Initiative de Bamako, mais aussi de généraliser les mesures de réformes dans d'autres circonscriptions du pays. Des réponses devront être trouvées aux questions suivantes :

### **(1) Du cadre légal de la généralisation**

Une réforme législative du financement des soins dans le secteur non-hospitalier sera nécessaire afin de mettre en place un cadre légal permettant la généralisation du train de réformes à l'ensemble des circonscriptions sanitaires du pays. Cette réforme devra s'articuler sur deux principes. Le premier est le principe de la participation responsable des intervenants du secteur en général, et des bénéficiaires en particulier, ainsi que de la garantie de la qualité du service public : ce principe devra être substitué au principe de la gratuité des soins; le deuxième, la décentralisation de la gestion des ressources générées par le recouvrement des coûts qui devrait être laissée aux populations.

### **(2) De la sélection du système de recouvrement des coûts**

Le cadre légal devra préciser le rôle de l'État, des collectivités territoriales (CT) et des communautés de base (CB) relativement au mode de paiement à mettre en oeuvre. Au cas où le choix du mode de paiement devra être laissé aux CT et CB, le processus de sélection du mode de paiement devra être régi par les textes juridiques définissant le cadre légal de la généralisation.

### **(3) De l'approvisionnement en médicaments**

La réussite de la généralisation du recouvrement des coûts dépendra essentiellement de la politique d'approvisionnement en médicaments qui sera mise en oeuvre dans le pays dans les années à venir. Afin de viabiliser le financement local des soins de santé par les populations et d'assurer le renforcement durable des capacités des circonscriptions sanitaires, la politique d'approvisionnement et de distribution de médicaments devra être articulée prioritairement sur des critères d'efficacité et de viabilité.

### **(4) De l'intégration des services**

Il faudra intégrer les activités curatives, préventives et promotionnelles afin d'accroître l'efficacité des réformes administratives, techniques et financières dans les circonscriptions sanitaires. Un ensemble minimum d'activités intégrées devra être défini sur le triple plan structure-processus-résultat et impact afin de diriger le renforcement de l'équipement matériel des formations sanitaires ainsi que d'améliorer la formation que reçoit le personnel de santé en vue d'administrer ces activités.

### **(5) Du renforcement des capacités humaines des circonscriptions sanitaires**

L'utilisation des ressources au niveau des circonscriptions sanitaires devra être rationalisée à travers l'administration de stratégies plainte-traitement et d'une gestion saine des médicaments et des ressources financières. C'est pourquoi il faudra étendre l'administration des SPT et la mise en place de systèmes de gestion à l'ensemble du pays. Les activités de formation nécessaires devront être planifiées

afin de maximiser l'utilisation des institutions et personnes-ressources qui assureront le soutien technique de la formation.

#### **(6) De la participation communautaire**

La participation communautaire devra être clairement définie sous forme d'un partenariat regroupant les communautés de base, les collectivités territoriales et l'État. Il sera nécessaire d'établir un document cadre définissant les rôles des différents intervenants dans le cadre de ce partenariat, mais ce document devra être suffisamment souple pour qu'on puisse l'adapter aux divers contextes économiques, sociaux et administratifs du pays.

#### **(7) Du cadre institutionnel de la généralisation**

Un cadre institutionnel souple devra être mis en place afin d'assurer une mise en oeuvre harmonieuse de la généralisation. Le cadre institutionnel à mettre en place ne pourra être indépendant de la mise en oeuvre dans le temps et dans l'espace : cependant, quelles que soient les stratégies envisagées, la généralisation devra être engagée dans le sens du renforcement de la décentralisation du système de santé et des capacités des directions départementales de la santé.

#### **(8) Des paramètres de la généralisation dans le temps et dans l'espace**

La généralisation à l'ensemble du pays devra être conçue en phases multiples. Il est nécessaire de maintenir l'échelle de la première phase de généralisation à une dimension qui puisse être gérée facilement étant donné qu'un système fiable d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques n'est pas encore en place dans le pays et que les activités de formation exigeront la collaboration de plusieurs institutions-ressources.

#### **(9) Des besoins et identification des sources de financement**

Il faudra préparer des projections détaillées des besoins en ressources matérielles, humaines et financières de la première phase de généralisation, ainsi que des projections indicatives des besoins des phases ultérieures. Le Ministère de la santé publique devra utiliser ces projections pour engager le processus de recherche et de confirmation des sources de financement de la généralisation.

#### **(10) Du suivi et de l'évaluation**

En ce qui concerne le cadre juridique, le cadre institutionnel et les paramètres de la généralisation dans le temps et dans l'espace, il faudra mettre en place un système de suivi et d'évaluation (SSE). L'élément structurel du système devra définir clairement les institutions qui seront chargées du suivi de la mise en oeuvre de la généralisation. Du point de vue de ses composantes, le SSE devra s'articuler sur un suivi interne à la stratégie de mise en oeuvre, des audits et une évaluation externe permettant de mesurer les performances du processus et les résultats de la mise en oeuvre. L'évaluation externe devra être programmée en tenant compte des différentes phases de la généralisation.

## 1.0 INTRODUCTION

Le présent rapport se propose de présenter l'évaluation économique des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier. Ses objectifs sont de faire une synthèse des principaux résultats des tests, de discuter leurs implications politiques et de faire des recommandations au gouvernement du Niger, puis de dégager des questions principales auxquelles il faudra apporter des réponses dans la perspective de la généralisation du recouvrement des coûts.

Le débat sur le recouvrement des coûts a une longue histoire au Niger. Durant la deuxième moitié des années 80, la nécessité d'accroître les ressources du secteur sanitaire afin d'améliorer la qualité des soins se posait dans un contexte économique et social contraignant. Une des politiques sectorielles envisagée à l'époque, était le recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier. Dans ce cadre l'accord de subvention au développement du secteur sanitaire conclu entre la République du Niger et les États-Unis d'Amérique en août 1986 offrait un cadre dynamique pour l'élaboration de réformes dans le domaine du financement du secteur non-hospitalier.

Le débat sur le recouvrement des coûts n'était pas limité au Niger dans le continent. Pendant les années 80, la plupart des pays africains faisaient face à des crises fiscales de nature et d'échelle différentes. Dans ce contexte, la situation critique du financement du secteur sanitaire en général, et des soins de santé primaires en particulier, a fait l'objet de débats au niveau continental, débats qui devaient aboutir à la formulation de l'Initiative de Bamako par les Ministres de la santé publique du continent, l'UNICEF et l'OMS en 1987. L'Initiative recommandait aux gouvernements africains de restructurer le financement de la santé en faisant participer la communauté au financement local et à la gestion des soins de santé primaires : du point de vue stratégique, l'Initiative offrait un cadre pour la mise en place des soins de santé primaires dans le continent sur la base des principes retenus à Alma Ata.

Au Niger, le débat sur les réformes à envisager était centré sur l'équité et l'efficacité du système de financement qui serait mis en place. Plusieurs approches ont été envisagées, dont un système de prépaiement par la vente de cartes de santé annuelles dont le produit serait utilisé pour financer l'acquisition des médicaments; un système de financement social au moyen d'une majoration de la taxe d'arrondissement pour financer les médicaments; et un système de financement privé par le paiement direct par les utilisateurs. Ces différents instruments présentent des avantages et des inconvénients du point de vue de l'équité, de l'efficacité et de la viabilité, autant de questions auxquelles les expériences déjà réalisées offraient peu de réponses.

Le séminaire de Kollo sur le recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier, tenu en novembre 1989, s'inscrivait dans le cadre de la recherche d'instruments devant permettre de formuler une politique de recouvrement des coûts adaptée aux réalités du pays. À la suite des recommandations du séminaire de Kollo, le Ministère de la santé publique/Direction des études et de la programmation (MSP/DEP) s'est investi dans la préparation technique des Tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier avec l'assistance technique de l'Équipe Tulane-Abt. Beaucoup d'efforts ont été déployés, notamment par le MSP pour élaborer des tests pilotes et garantir leur réalisation dans les meilleures conditions techniques. Depuis la création du Comité de pilotage des tests pilotes en mars 1991 par un arrêté du MSP, plusieurs directions du MSP, d'autres ministères, tels que le Ministère des finances et du Plan et le Ministère de l'intérieur, d'une part, et plusieurs bailleurs de fonds (USAID/Niamey, Banque mondiale, UNICEF, Coopération belge,...), d'autre part, ont apporté une contribution appréciable à la préparation et à l'orientation des tests pilotes.

L'objectif des tests pilotes est de fournir des informations au MSP sur les avantages et les inconvénients de divers modes de paiement afin de sélectionner en connaissance de cause un mode de paiement lors de la formulation d'une politique de financement des soins de santé dans le secteur non-hospitalier. Les interventions des tests pilotes constituent un ensemble très complet de réformes techniques, administratives et financières dans le cadre du renforcement des capacités du système de prestation des soins de la circonscription sanitaire. Elles visent essentiellement à améliorer la qualité de la prestation des soins de santé, à rationaliser l'utilisation des ressources et à mobiliser des ressources internes pour pérenniser les améliorations de la qualité des soins. Elles incluent aussi un système de collecte d'informations dont l'objectif est d'évaluer la viabilité, l'efficacité et l'équité des réformes engagées.

Le MSP a mis sur pied une unité de gestion de la mise en oeuvre des tests pilotes rattachée administrativement à la DEP, le Bureau central de suivi. Les tests ont démarré en mai 1993; quelques mois plus tard, un arrêté du MSP portant création des tests pilotes était adopté et visé par le Ministère des finances et du Plan et le Ministère de l'intérieur. Le même arrêté a autorisé la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le département de Maradi en janvier 1994. L'assistance technique pour la réalisation des tests pilotes est assurée par le Projet de financement et pérennisation de la santé (HFS), qui est financé au niveau central par l'AID.

Les réformes financières engagées dans le cadre des tests pilotes sont constituées d'un système de financement social basé sur la majoration de la taxe d'arrondissement pour financer les médicaments, et d'un système de financement privé par le paiement direct par les utilisateurs. Le mécanisme du paiement direct par les utilisateurs est le même que celui utilisé dans le cadre de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako à Maradi, et dans d'autres pays africains. Les deux systèmes de financement présentent des avantages et des inconvénients du point de vue de l'équité, de l'efficacité et de la viabilité du renforcement des capacités des circonscriptions sanitaires. Trouver des réponses à ces questions posées par les diverses options de financement est justement l'objectif des tests pilotes. Le Niger est un pays essentiellement rural et pauvre où les ménages ruraux font face à des contraintes de liquidités qui varient d'une saison à l'autre si bien que la mise en place de nouveaux systèmes de financement aura des conséquences variables sur le bien-être des populations rurales.

Dans la même optique, la pertinence des résultats des tests pilotes dépasse le cadre du Niger; plusieurs pays africains envisagent des mécanismes de remplacement du paiement direct dans le cadre du renforcement des circonscriptions sanitaires rurales. Les tests pilotes coïncident avec les domaines prioritaires futurs de l'Initiative de Bamako sur les mécanismes de financement : l'UNICEF estime, en effet, que dans le cadre de l'Initiative de Bamako, «à long terme, le paiement direct des soins sera remplacé par le système de cotisation puis par le régime d'assurance maladie» (UNICEF, 1992).

Les contraintes de la mise en oeuvre des tests pilotes dans les arrondissements de Boboye et de Say et de l'Initiative de Bamako dans le département de Maradi offrent des leçons dans la perspective de la généralisation au niveau national du financement local de la santé par la participation de la population. Afin de généraliser les réformes techniques, administratives et financières à l'ensemble du pays, il faudra engager plusieurs actions qui s'articulent sur le cadre juridique de la mobilisation des ressources internes, les mesures à prendre pour réduire les coûts de la prestation des soins, la participation communautaire, le cadre institutionnel et les aspects opérationnels et financiers de la mise en oeuvre de la généralisation, enfin le suivi et l'évaluation. Ces actions seront discutées à la fin du présent rapport.

Une version antérieure du rapport a été présentée comme document de base du séminaire national sur le financement des soins de santé primaires au Niger, qui s'est tenu à Niamey du 25 au 27 juillet 1994. Participaient à ce séminaire un nombre élevé de membres du gouvernement, conduits par le

Ministre de la santé publique, des représentants de la Présidence de la République et de l'Assemblée nationale, des hauts fonctionnaires des Ministères de la santé, des finances et du Plan, et de l'intérieur, des autorités administratives et sanitaires locales, des leaders traditionnels, des représentants des syndicats de la santé, et des bailleurs de fonds. À l'ouverture du séminaire, le Ministre de la santé publique a confirmé l'engagement du gouvernement du Niger à généraliser le recouvrement des coûts des soins de santé sur l'ensemble du pays. À la suite des travaux du séminaire, le Ministère de la santé publique a commencé à établir les textes juridiques et le cadre institutionnel de la politique nationale de financement des soins de santé dans le secteur non-hospitalier et à procéder à la finalisation du document de programme national d'appui aux soins de santé primaires.

La suite du rapport est organisée en cinq sections. La deuxième section dégage le cadre général des tests pilotes en discutant les raisons qui rendent nécessaires des réformes dans le système de santé, et en résumant les débats, le dialogue politique et la prise des décisions qui sont à l'origine des tests pilotes. Une troisième section résume la méthodologie et la mise en oeuvre des tests pilotes. Les principaux résultats des tests pilotes sont présentés dans une quatrième section selon les objectifs et les critères d'évaluation retenus par le séminaire de Kollo. La cinquième section analyse les implications politiques des tests pilotes et présente des recommandations. Enfin, la section finale discute les principales questions auxquelles il faudra apporter une réponse pour généraliser les mesures de réformes mises à l'essai dans le cadre de la recherche appliquée des tests pilotes.

Le présent rapport est une synthèse de plusieurs documents préliminaires et de plusieurs rapports d'analyse qui ont été produits dans le cadre des tests pilotes. Ces différents documents techniques sont présentés en annexe.

## 2.0 CADRE GÉNÉRAL

### 2.1 Pourquoi des réformes sont-elles nécessaires?

Depuis l'indépendance, le Niger a engagé des efforts appréciables pour améliorer la santé de sa population. Bien que la couverture sanitaire reste encore faible, l'infrastructure sanitaire a connu un développement soutenu durant les trois premières décennies d'indépendance. Par ailleurs, les ressources humaines du secteur sanitaire se sont multipliées à partir d'une base très restreinte durant cette période. Dans le cadre de la mise en place des soins de santé primaires, les initiatives de décentralisation du système de santé ont développé un réseau d'équipes de santé villageoises sur l'ensemble du territoire national.

Ces efforts ont été frustrés par un environnement macro-économique caractérisé par plusieurs années de sécheresse, la crise économique et fiscale des années 80 et la croissance démographique. Cet environnement macro-économique difficile a freiné la performance du secteur sanitaire. Les données récentes sur l'état de la santé de la population confirment les anticipations des débats sur la nécessité de réformes de ce secteur durant les années 80.

#### 2.1.1 Un état sanitaire qui aurait dû être meilleur

Les résultats de l'EDSN (1993) confirment le mauvais état de santé de la population. Entre 1987-1992, un enfant né vivant sur trois décédait avant son cinquième anniversaire : ce niveau de mortalité est relativement élevé même dans le cadre africain, et ne semble pas avoir changé durant les quinze dernières années. Dans les zones rurales, où le contact de la majorité des populations avec le système officiel de santé s'effectue aux niveaux des dispensaires ruraux, postes médicaux et centres médicaux, le risque d'un enfant de décéder avant l'âge de cinq ans est plus de deux fois plus élevé que le risque d'un enfant de Niamey.

Par ailleurs, l'EDSN a révélé que la mortalité liée à des causes exogènes, en d'autres termes à la pollution de l'environnement, à la nutrition et aux actions pour se protéger contre la maladie et la soigner, est plus élevée que la mortalité liée à des causes endogènes : la mortalité entre 1 mois et 12 mois est plus élevée que la mortalité entre 0 et 1 mois, et la mortalité entre 1 an et 5 ans est plus élevée que la mortalité entre 0 et 1 an. Cette structure de la mortalité est assez rare et n'est observée que dans des populations où l'état nutritionnel des enfants est pauvre et le système de santé peu efficace.

Toujours sur la base des données de l'EDSN, un rapport sur l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire souligne que les niveaux de la sous-nutrition sont élevés dès la naissance (USAID, 1993). Par ailleurs, la sous-nutrition s'aggrave avec l'âge et se manifeste par des retards de croissance et l'émaciation qui atteignent des pics entre 1 et 2 ans. Cet état nutritionnel relativement pauvre est lié aux pratiques alimentaires, et entraîne une forte morbidité chez les moins de cinq ans. Les effets synergétiques de la prévalence élevée de la diarrhée, du paludisme et des affections respiratoires sont autant de facteurs qui maintiennent l'état nutritionnel à des niveaux relativement bas.

Plusieurs technologies accessibles à des coûts relativement faibles sont actuellement disponibles pour améliorer de façon significative la santé infantile et juvénile. Les niveaux de mortalité de ce groupe d'âge décrivent assez fidèlement l'état de santé d'une population, ainsi que la capacité relative du système

de santé de satisfaire les besoins des populations et d'assurer l'accès à des technologies sanitaires efficaces à la majorité de la population.

### **2.1.2 Des capacités physiques et humaines sous-utilisées**

Le Niger a engagé des ressources importantes pour améliorer la couverture sanitaire du pays durant les trois dernières décennies. Parti d'une base très restreinte, il a multiplié les ressources humaines du secteur sanitaire durant la période. Il compte actuellement près de 200 médecins, environ 2 000 infirmiers, près de 350 sages-femmes, et une gamme très variée d'autres personnels paramédicaux et auxiliaires de santé. Par ailleurs, plusieurs efforts et initiatives ont été engagés pour promouvoir la santé villageoise dans le pays.

Depuis l'indépendance, le Niger a fortement développé son infrastructure sanitaire malgré l'étendue du pays : ainsi, en 1992, le système de santé publique comptait environ 500 formations sanitaires dont un réseau assez étendu de centres médicaux, de postes médicaux, de dispensaires ruraux, de centres de santé maternelle et infantile et de maternités (Ministère de la santé publique, 1993b).

Malgré des efforts louables pour renforcer le système public de prestations de soins, ces ressources restent sous-utilisées; par ailleurs, l'accès aux services du système de santé publique est inéquitable. Dans l'ensemble du pays, environ 30 pour cent des grossesses sont suivies par un professionnel de la santé : dans les zones rurales, le niveau baisse à 20 pour cent. Par ailleurs, 84 pour cent des accouchements ont lieu à la maison, dont 94 pour cent en milieu rural. La majorité des femmes enceintes ne reçoivent pas d'injections antitétaniques sauf les citadines.

La couverture vaccinale du Niger reste encore très faible. Parmi les enfants âgés de 12 à 23 mois, 17 pour cent ont été complètement vaccinés : 54 pour cent parmi les enfants résidant en milieu urbain et 10 pour cent parmi les enfants résidant en milieu rural. Par ailleurs, parmi les enfants de moins de cinq ans souffrant d'infections respiratoires aiguës, 14 pour cent visitent une formation sanitaire dont 50 pour cent parmi les résidents des zones urbaines et 9 pour cent parmi les résidents des zones rurales. La faiblesse et les disparités urbaines et rurales de l'utilisation des formations sanitaires sont observées de façon similaire parmi les enfants souffrant de la diarrhée ou du paludisme.

### **2.1.3 Des ressources financières insuffisantes et mal réparties**

Durant la première décennie après l'indépendance, 7 à 9 pour cent du budget de l'État étaient alloués à la santé. Après être tombée à des niveaux aussi bas que 4 pour cent durant les années 70 et le début des années 80, la part de la santé dans le budget de l'État s'est située entre 5 et 6 pour cent depuis 1984 : un niveau très inférieur aux 10 pour cent recommandés par l'OMS. Durant la période allant de 1988 à 1992, l'État a dépensé entre 6 et 7 milliards de francs CFA par an dans le secteur sanitaire. En 1988, année du Recensement général de la population, les dépenses de l'État dans le secteur de la santé équivalaient à environ 800 francs CFA par habitant.

Durant la période 1988 à 1992, entre 55 et 60 pour cent du budget public de la santé a financé les coûts en personnel, et environ 30 pour cent du budget de la santé a été consacré aux produits pharmaceutiques et aux vaccins. Entre 1987 et 1989, en moyenne 45 pour cent des dépenses ordinaires de la santé, budget de l'État et concours des bailleurs de fonds confondus, étaient alloués au sous-secteur hospitalier et 42 pour cent au sous-secteur non-hospitalier. Pour une année typique (1987), 47 pour cent

des crédits médicaments ont été alloués aux hôpitaux contre 53 pour cent aux autres formations sanitaires (Étude sur les dépenses du Niger, 1992).

Ces disparités de financement entre le personnel et les autres postes d'une part, et entre le secteur hospitalier et le secteur non-hospitalier d'autre part, cachent les distorsions dans l'allocation des ressources internes au secteur non-hospitalier. Les dotations de l'État en médicaments et petit matériel aux circonscriptions médicales n'ont pas changé depuis plusieurs années. Dans des circonscriptions médicales types comme celles de Mirriah, Boboye, ou Say, les dotations annuelles du budget central au titre des médicaments ramenées à la population respective de l'arrondissement, ne dépassent guère 30 francs CFA par tête.

Par ailleurs, ces maigres ressources du secteur non-hospitalier sont mal gérées. Face aux besoins croissants des formations sanitaires, les politiques d'approvisionnement de l'ONPPC, qui a le monopole sur l'importation des médicaments et le ravitaillement des formations sanitaires publiques, ont réduit les dotations réelles en médicaments à des niveaux très en-dessous des disponibilités qu'aurait permises une politique d'approvisionnement axée sur les médicaments essentiels génériques et un système d'appels d'offres permettant d'acquérir les médicaments à moindre coût. Au niveau de la prestation des soins, les faibles capacités de gestion du personnel de santé réduisent l'impact que les ressources disponibles peuvent avoir sur la qualité des soins. Bien que disponibles depuis la deuxième moitié des années 80, des stratégies standardisées de diagnostic et de traitement, les Stratégies plainte-traitement, qui devaient permettre de rationaliser l'utilisation des médicaments à la disposition du personnel de santé, ne sont appliquées que dans le département où elles ont été développées : le département de Dosso.

La conséquence de la faiblesse des ressources réelles en médicaments des formations sanitaires et la mauvaise gestion desdites ressources, dans le cadre du système de la gratuité des soins, est un transfert de la prise en charge des coûts de la maladie aux ménages, notamment l'achat des médicaments, réduisant ainsi l'accès des plus démunis aux subventions de l'État. En effet dans le cadre du statu quo, les lacunes de l'engagement de l'État sont comblées par une forte participation privée des populations dans la prise en charge des soins de santé. Déjà en 1986, il était estimé que 3,9 milliards de francs CFA des 4 milliards du chiffre d'affaires de l'ONPPC étaient le produit de la participation de la population nigérienne. Ces niveaux élevés de participation privée à la prise en charge de la santé ont été confirmés par une étude, réalisée en 1987 par le MSP/Projet Tulane, qui estimait les dépenses en médicaments par épisode de maladie à 1 700 francs CFA en moyenne dans les zones urbaines; et entre 500 francs CFA et 1 400 francs CFA dans les zones rurales (Ministère de la santé publique et des affaires sociales, 1987). En plus des questions d'équité liées à cette structure sociale du financement de la prise en charge de la maladie, l'efficacité du système de prestation des soins est fortement réduite par les contraintes qu'elle impose à l'intégration des soins au niveau des formations sanitaires, et par conséquent au renforcement des activités préventives et promotionnelles.

La production des ressources humaines et l'élargissement de l'infrastructure sanitaire durant les trois dernières décennies ont coûté cher à la société nigérienne. Les données citées plus haut révèlent un anachronisme où le système de santé publique, qui doit servir d'instrument de transferts de ressources en nature des plus riches au plus pauvres, ne sert pratiquement que les 15 pour cent de la population résidant en milieu urbain. Cette situation est due au fait que les capacités des circonscriptions médicales, supposées être le premier contact de la masse de la population rurale avec le système de santé, sont toujours insuffisantes et restent encore sous-utilisées. Une des raisons principales de la sous-utilisation des capacités des circonscriptions médicales est la détérioration de la qualité des soins due à l'insuffisance des dotations réelles en médicaments et de la mauvaise gestion des ressources disponibles. Afin d'améliorer l'efficacité et l'équité du système de santé publique, de regagner la confiance des populations rurales, de stimuler la demande de services de santé de base, et de renforcer durablement les capacités

des circonscriptions médicales dans la promotion de la santé de la majorité de la population, il est nécessaire d'engager des réformes du financement et de l'administration du système de santé publique de base.

## **2.2 Quelles Réformes?**

### **2.2.1 Origines du débat sur le recouvrement des coûts au Niger**

Durant la deuxième moitié des années 80, la nécessité d'accroître les ressources du secteur sanitaire, afin d'améliorer la qualité des soins, se posait dans un contexte économique et social contraignant. Sur le plan économique, le diagnostic de la situation des finances publiques du Niger révélait une crise fiscale assez sévère, crise à laquelle le gouvernement du Niger avait réagi en adoptant une politique macro-économique visant à restreindre la demande publique. Sur le plan social, la croissance des besoins s'accroissait avec la croissance démographique. Face à ces besoins grandissants, l'ajustement s'est traduit au niveau de la prestation des soins par une réduction des dotations réelles et une détérioration de la qualité des soins. Une des politiques sectorielles qui a été envisagée afin de faire face à cette situation était le recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier, mécanisme de financement selon lequel une partie des ressources financières privées engagées dans des activités de promotion sanitaire serait recyclée à travers le système formel de santé afin de renforcer de façon durable les capacités des formations sanitaires périphériques (République du Niger, 1987; Ministère de la santé publique et des affaires sociales, 1990).

### **2.2.2 Contexte de la SDSS**

L'accord de subvention au développement du secteur sanitaire conclu entre la République du Niger et les États-Unis d'Amérique en août 1986 offrait un cadre dynamique pour l'élaboration de réformes dans le domaine du financement du secteur non-hospitalier.<sup>1</sup> En effet, dans le cadre de l'accord, le Ministère de la santé publique s'était engagé à mettre en place des réformes administratives et politiques dans le domaine de la réduction et du recouvrement des coûts dans le secteur hospitalier et dans le secteur non-hospitalier en vue de mobiliser les ressources internes et d'améliorer l'efficacité et l'équité du système de santé publique.

Dans le secteur hospitalier, les réformes sont axées sur la transformation des hôpitaux en établissements publics à caractère administratif jouissant de l'autonomie financière : dans le long terme, l'augmentation des ressources propres des hôpitaux doit permettre au gouvernement de restructurer l'allocation des ressources du secteur sanitaire vers les soins de santé primaires. Parallèlement, des réformes seront engagées dans le secteur non-hospitalier afin de mobiliser les ressources internes par la participation des populations à la prise en charge des coûts des soins de santé, et de rationaliser l'utilisation des ressources. Le renforcement des capacités du secteur non-hospitalier et l'application d'un système de tarification qui reflète les coûts de la prestation des soins dans les deux secteurs doivent permettre d'améliorer l'efficacité du système de santé à travers une meilleure prise en charge des soins de santé primaires dans le secteur non-hospitalier et une spécialisation réelle des hôpitaux sur les soins tertiaires.

---

<sup>1</sup> *Accord de subvention au développement sanitaire de la République du Niger* entre la République du Niger et les États-Unis d'Amérique.

### **2.2.3 Initiative de Bamako**

La crise budgétaire et la situation critique du financement du secteur sanitaire en général et des soins de santé primaires en particulier, durant les années 80, n'étaient pas spécifiques au Niger : à des échelles variables, le financement du secteur sanitaire faisait face à des contraintes macro-économiques dans plusieurs pays africains. Une solution qui a été envisagée par les Ministres de la santé publique africains, avec le soutien de l'UNICEF et de l'OMS, a été l'adoption de l'Initiative de Bamako (IB) qui proposait une restructuration du financement de la santé et des stratégies alternatives de financement et de gestion des soins de santé primaires selon les principes dégagés par la conférence d'Alma Ata. L'IB encourage les gouvernements africains à instaurer le financement des soins de santé primaires par la participation communautaire, et la gestion des ressources par les populations elles-mêmes dans le cadre d'un système de santé décentralisé. En d'autres termes, il s'agissait de mieux affecter les ressources du système de santé afin de réduire sa vulnérabilité aux crises économiques externes et internes à travers l'élargissement de sa base de financement qui jusqu'alors était limitée aux ressources générales de l'État et aux apports des bailleurs de fonds extérieurs. L'option de la mise en oeuvre de l'IB dans le cadre nigérien s'est ajoutée au débat politique sur le recouvrement des coûts de la fin des années 80 dans le pays.

### **2.2.4 Dialogue politique et prise de décisions**

Dans le secteur non-hospitalier, le débat sur les réformes à envisager était centré sur l'équité et l'efficacité du système de financement qui serait mis en place. Plusieurs approches ont été envisagées, dont : (i) un système de prépaiement par la vente de cartes de santé annuelles dont le produit serait utilisé pour financer l'acquisition des médicaments; (ii) un système de financement social par la majoration de la taxe d'arrondissement pour financer les médicaments; et (iii) un système de financement privé par le paiement direct par les utilisateurs. Ces différents instruments présentent des avantages et des inconvénients du point de vue de l'équité, de l'efficacité et de la viabilité, autant de questions auxquelles les expériences déjà réalisées offraient peu de réponses (Ministère de la santé publique, 1989).

Le séminaire de Kollo sur le recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier, tenu en novembre 1989, entrainé dans le cadre de la recherche d'instruments adéquats permettant d'arriver à la formulation d'une politique de recouvrement des coûts pertinente par rapport aux réalités du pays. À la suite des recommandations de ce séminaire, le Ministère de la santé publique/Direction des études et de la programmation (MSP/DEP) s'est investi dans la préparation technique des Tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier avec l'assistance technique de l'Équipe Tulane/Abt.

Beaucoup d'efforts impliquant en premier lieu le MSP ont été déployés dans la préparation des tests pilotes afin de garantir leur réalisation dans les meilleures conditions techniques. Depuis la création du Comité de pilotage des tests pilotes en mars 1991 par un arrêté du MSP, plusieurs directions du MSP, d'autres ministères, tels que le Ministère des finances et du Plan et le Ministère de l'intérieur d'une part, et plusieurs bailleurs de fonds (USAID/Niamey, Banque mondiale, UNICEF, Coopération belge, etc.) d'autre part, ont apporté une contribution appréciable à la préparation et à l'orientation des tests pilotes (Ministère de la santé publique, 1991). Après débat au niveau national au sein de la Commission de la Conférence nationale, la mise en oeuvre des tests pilotes a été inscrite à l'agenda du gouvernement de transition (Conférence nationale, 1991).

Le MSP a mis sur pied une unité de gestion de la mise en oeuvre des tests pilotes rattachée administrativement à la DEP, le Bureau central de suivi. Les tests ont démarré en mai 1993 dans les arrondissements de Boboye, département de Dosso, et de Say, département de Tillabéri; quelques mois plus tard, un arrêté du MSP portant création des tests pilotes était adopté et visé par le Ministère des finances et du Plan et le Ministère de l'intérieur (Ministère de la santé publique, 1993a). L'assistance technique de la mise en oeuvre des tests pilotes est assurée par le Projet de financement et pérennisation de la santé (HFS), qui est financé au niveau central par l'AID.

L'arrêté portant création des tests pilotes de recouvrement des coûts des soins de santé a autorisé la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le département de Maradi. L'Initiative a été officiellement lancée en janvier 1994 dans le département. Le mode de financement appliqué dans le cadre de l'IB dans l'arrondissement de Maradi est le même que le mode de paiement direct par les utilisateurs en cours de test dans l'arrondissement de Say.

## 3.0 CONCEPTION DES TESTS PILOTES

### 3.1 Préparation technique

La première étape de la préparation technique des tests pilotes a été le séminaire de Kollo de novembre 1989.<sup>2</sup> Les participants au séminaire, après des discussions sur l'aspect technique et les avantages et inconvénients de plusieurs types de mécanismes de paiement des soins de santé devaient dégager les options à mettre en oeuvre dans le cadre des tests pilotes. Par ailleurs, le séminaire a établi les critères sur lesquels baser l'évaluation des tests. Globalement, les critères retenus par le séminaire reflètent le souci de mettre en place au niveau local un système de financement viable, efficient et équitable.

Suite aux recommandations du séminaire, la DEP, avec l'assistance technique de l'Équipe Tulane-Abt, a poursuivi la préparation technique des tests pilotes (Weaver et McInnes, 1989; Bitran, 1989), et a réalisé une évaluation des expériences de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier au Niger : l'expérience de paiement direct du poste médical de Tibiri dans le département de Dosso, et l'expérience de paiement indirect de la circonscription médicale de Mirriah dans le département de Zinder (Sékou et al., 1991). Ces expériences ont confirmé que les populations rurales du Niger étaient prêtes à participer financièrement à la prise en charge des coûts des soins de santé; par ailleurs, elles ont confirmé que l'on pouvait atteindre des taux de recouvrement des coûts des médicaments allant de 50 à 60 pour cent dans le secteur non-hospitalier. Ces expériences ne donnaient pas, cependant, de réponses aux questions fondamentales de l'efficacité et de l'équité.

Il n'était possible d'obtenir des réponses aux questions sur lesquelles l'équipe de préparation technique a porté beaucoup d'attention qu'en se basant sur des données empiriques variées et détaillées (Willis et Diop, 1990). Afin d'arriver à des conclusions sur l'efficacité et l'équité des modes de financement à tester, il fallait répondre aux questions suivantes :

- ▲ Quel effet a chaque système de recouvrement des coûts sur la demande de services curatifs et préventifs? Quel effet a chaque système de recouvrement des coûts sur la quantité des soins reçus?
- ▲ Quel effet a chaque système de recouvrement des coûts sur les coûts de déplacement et leur fréquence? Quel effet a chaque système de recouvrement des coûts sur les dépenses de traitement?
- ▲ Quelle est la différence entre l'ampleur de ces effets sur un système de recouvrement des coûts donné et sur le statu quo de la «gratuité des soins»? Quelle est la différence entre l'ampleur de ces effets sur un système de recouvrement des coûts donné comparé au système alternatif?

---

<sup>2</sup> La conception des tests pilotes a débuté en 1989 et le paiement dans les formations sanitaires tests a démarré en mai 1993. En janvier 1994, durant le 9<sup>e</sup> mois des tests proprement dits, la dévaluation du franc CFA de 50 pour cent a touché le Niger. La réduction de la parité du franc CFA aura des conséquences sur la capacité des modes de financement et des tarifs appliqués de reconstituer les stocks de médicaments dont les prix sont libellés pour la plupart en dollars. Ces conséquences seront résumées dans la sous-section 4.6.

- ▲ Comment la demande de soins de santé et les dépenses sont-elles influencées par des facteurs tels que la gravité de la maladie, la distance par rapport à la formation sanitaire, le revenu du ménage, l'âge, le sexe et la perception de la disponibilité des médicaments?
- ▲ Quel effet a chaque système de recouvrement des coûts sur la satisfaction des malades?

Le temps d'une année qui était prévu pour la réalisation des tests pilotes ne permettait pas techniquement d'élargir les questions de recherche aux effets des différents modes à tester sur la santé des populations. On a pris comme hypothèse, cependant, qu'un accès plus aisé à des soins de santé de meilleure qualité doit améliorer la santé des populations. Les recommandations du séminaire de Kollo et la formulation des questions de recherche ont guidé la conception des tests pilotes.

## 3.2 Conception

Les interventions des tests pilotes constituent un ensemble très complet de réformes techniques, administratives et financières dans le cadre du renforcement des capacités du système de prestation des soins de la circonscription sanitaire (Ministère de la santé publique, 1992c). Elles visent essentiellement à améliorer la qualité de la prestation des soins de santé, à rationaliser l'utilisation des ressources, et à mobiliser des ressources internes pour pérenniser les améliorations de la qualité des soins. Ces interventions incluent par ailleurs un système de collecte de données dont l'objectif est d'évaluer la viabilité, l'efficacité et l'équité des réformes engagées. La conception des tests pilotes est axée sur quatre composantes dont (i) l'échelle et le cadre géographique des tests pilotes, (ii) les interventions d'amélioration de la qualité des soins, (iii) les mécanismes de financement, et (iv) le système d'évaluation. Ces différentes composantes sont présentées individuellement.

### 3.2.1 Aire du Projet

Six arrondissements avaient été retenus préalablement pour servir de cadre au projet des tests pilotes. La complexité de la mise en oeuvre des interventions envisagées et l'énorme quantité de données qui devaient être collectées ont amené les autorités du MSP à réduire l'aire d'étude des tests pilotes à trois arrondissements. Puisque les tests entraient dans le cadre d'un processus de développement d'une politique gouvernementale, le critère qui a prévalu pour le choix définitif des arrondissements sites des tests a été la proximité de Niamey afin de permettre aux autorités du MSP de suivre de plus près la mise en oeuvre et les performances des tests dans le temps.

Les trois arrondissements retenus pour servir d'aire d'intervention des tests sont l'arrondissement de Say, dans le département de Tillabéri, l'arrondissement de Boboye, dans le département de Dosso, et l'arrondissement d'Illéla, dans le département de Tahoua. Le *Tableau 3-1* présente les caractéristiques générales du système de santé publique au niveau des trois arrondissements.

**TABLEAU 3-1**  
**POPULATION ET INDICATEURS DU SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ PUBLIQUE**  
**DANS L'AIRE DU PROJET**

ELÉMENT	BOBOYE	SAY	ILLÉLA
Population, 1993	250.000	210.000	200.000
Nombre de formations sanitaires fixes (FS), 1993	10	8	5
Nombre de CSMI, 1993	1	1	1
Population résidant à moins de 5 km d'une FS, 1993 (%)	27	16	16
Médecin en poste, 1993	1	1	1
Infirmiers en poste, 1993	20	18	11
Sages-femmes en poste, 1993	6	3	3
Dotation annuelle du budget central : Médicaments et matériel médical, 1993 (FCFA)	4.500.000	6.000.000	5.000.000
<i>Sources</i> : Système national d'information sanitaire, 1993; États de colisage de l'ONPPC, 1992 : Say, Boboye, Illéla.			

### **3.2.2 Interventions d'amélioration de la qualité des soins**

Les réformes techniques et administratives des tests pilotes visent à rendre plus efficaces les formations sanitaires de la circonscription par l'amélioration de la qualité des prestations de soins curatifs et la rationalisation de l'utilisation des médicaments afin de maintenir le coût des prestations à des niveaux à la portée des populations. Quatre interventions ont été engagées pour atteindre cet objectif.

Premièrement, le personnel technique des formations sanitaires tests a reçu une formation en matière d'application de stratégies standardisées de plainte-traitement (SPT). Les SPT sont un instrument de décision thérapeutique conçu dans le cadre de la collaboration entre le personnel infirmier et médical de Dosso, le projet belge d'assistance médico-sanitaire de Dosso et le projet Ressfop (Ministère de la santé publique-Coopération médicale belge, 1991). Elles visent à rationaliser l'utilisation des ressources dans le cadre de la prestation des soins en général, et l'utilisation des médicaments en particulier.

Deuxièmement, la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires a été renforcée. Grâce au support de la Banque mondiale, les deux circonscriptions médicales tests ont été dotées d'un stock initial de médicaments essentiels permettant de couvrir leurs besoins durant toute une année (Ministère de la santé publique, 1992a). Des médicaments essentiels sous nom générique ont été acquis afin de maintenir le coût des médicaments à des faibles niveaux. L'approvisionnement en médicaments des circonscriptions sanitaires tests devait être assuré par l'ONPPC lequel, cependant, n'a pas pu assurer l'acquisition des médicaments essentiels génériques par appel d'offres. Les médicaments ont donc été acquis d'urgence à travers le système UNIPAC de l'UNICEF.

En troisième lieu, les capacités administratives des deux circonscriptions médicales tests ont été renforcées par la mise en place d'un système de gestion financière et des stocks de médicaments (Ministère de la santé publique, 1992b). Le système de gestion est fondé sur deux principes de contrôle : un contrôle interne basé sur les supports de gestion dont dispose le responsable technique de la formation sanitaire d'une part et le gestionnaire d'autre part, et un contrôle externe exercé par un comité local de santé mis en place au niveau de chaque formation sanitaire. Le personnel technique des formations sanitaires et les gestionnaires—les gestionnaires sont membres statutaires de leur comité local de santé respectif—ont été formés à administrer le système de gestion.

Finalement, la supervision dans les circonscriptions médicales tests a été renforcée de deux façons. Une première composante est administrée par le médecin-chef de la CM afin d'améliorer l'application des SPT; une deuxième composante est administrée par le bureau de supervision et formation du BCS afin de renforcer la gestion des médicaments et la gestion financière.

Les interventions d'amélioration de la qualité des soins sont mises en oeuvre similairement dans les deux arrondissements tests de Boboye et de Say. Le personnel sanitaire de l'arrondissement de Boboye administre depuis plusieurs années les SPT mais celles-ci n'ont été introduites dans l'arrondissement de Say que dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes.

### **3.2.3 Interventions de recouvrement des coûts**

Deux modes de paiement sont testés dans le cadre de la mobilisation des ressources internes par la participation financière des populations à la prise en charge des coûts des soins de santé : un mode de paiement direct qui est une variante d'un système de financement privé, et un mode de paiement indirect qui est une variante d'un système de financement social.

Le mode de paiement direct consiste à faire payer un montant forfaitaire par épisode aux utilisateurs des formations sanitaires publiques : les utilisateurs âgés de 5 ans et plus payent 200 francs CFA par épisode et les enfants de moins de 5 ans payent 100 francs CFA par épisode. Le mode de paiement direct est testé dans l'arrondissement de Say.

Le mode de paiement indirect consiste en une majoration de la taxe d'arrondissement et le paiement d'un ticket modérateur par les utilisateurs des formations sanitaires publiques. Les contribuables de l'arrondissement s'acquittent d'une majoration de la taxe d'arrondissement de 200 francs CFA dont le produit est affecté au fonds de roulement de médicaments. Par ailleurs, afin de modérer l'utilisation des services, les utilisateurs âgés de 5 ans et plus payent 50 francs CFA par épisode, et les enfants de moins de 5 ans payent 25 francs CFA par épisode. Les contribuables de l'arrondissement sont les résidents âgés de plus de 14 ans : est traditionnellement exempté du paiement de la taxe d'arrondissement tout résident adulte atteint par la limite d'âge ou souffrant de handicaps physiques ou mentaux limitant ses capacités de génération de revenus. Le mode de paiement indirect est testé dans l'arrondissement de Boboye.

Dans le cadre des deux systèmes de paiement appliqués dans les tests, les élèves, les handicapés, les indigents, les militaires et les prisonniers sont exemptés de paiement au niveau des formations sanitaires.

Les tarifs appliqués dans le cadre des tests pilotes ont été fixés par le séminaire de Kollo de 1989 et maintenus par le Comité de pilotage des tests. L'application du système de paiements au niveau des formations a été mandatée par un arrêté du Ministère de la santé publique, visé par le Ministère des finances et du Plan et le Ministère de l'intérieur, portant création des tests pilotes de recouvrement des coûts. Les recettes du recouvrement sont gérés par les gestionnaires des formations sanitaires, puis transférées chaque mois à un fonds de roulement des médicaments établi dans chaque arrondissement. Statutairement, l'utilisation des recettes ne peut être décidée que par les représentants de la population organisés en comité sous-régional de santé dont les membres votants sont les représentants des comités locaux de santé mis en place au niveau de chaque formation sanitaire.

### **3.2.4 Évaluation des performances**

Les performances des deux mécanismes de paiement sont évaluées sur la base des objectifs et critères sélectionnés lors du séminaire de Kollo de 1989. Globalement, les critères retenus révèlent un souci de développer un système de financement local viable, efficient et équitable. Les objectifs et critères, ainsi que les indicateurs qui ont été utilisés pour les mesurer, seront présentés et discutés dans la section suivante.

Les performances des deux mécanismes de paiement sont mesurées grâce à deux instruments. Le premier instrument est constitué par les données sur la demande de soins de santé collectées auprès des ménages à partir d'une enquête de base réalisée avant l'introduction des paiements et d'une enquête menée une année après l'enquête de base. Le deuxième instrument est constitué par les données d'activités et les données financières des formations sanitaires collectées mensuellement tout au long de l'année du projet.

Du point de vue technique, les données des enquêtes auprès des ménages et les données des formations sanitaires publiques des trois arrondissements permettent d'utiliser conjointement trois méthodes d'évaluation. La première méthode est la méthode de contrôle expérimental basée sur l'observation de l'arrondissement d'Illéla où aucune intervention des tests pilotes, sinon la collecte des

données, n'a été mise en oeuvre : cette méthode permet de comparer les arrondissements tests et l'arrondissement contrôle sur la base des données des enquêtes et des formations sanitaires. La deuxième méthode est la méthode de contrôle historique avant-après l'intervention où chaque arrondissement est son propre contrôle grâce aux données des enquêtes. La troisième méthode est la méthode historique avec des séries mensuelles couvrant l'année précédant le démarrage des tests et l'année des tests proprement dite où chaque arrondissement et formation sanitaire est son propre contrôle. La combinaison de ces trois méthodes d'évaluation et des analyses économétriques approfondies réalisées par des chercheurs de HFS permettront de conforter les conclusions sur les performances des tests pilotes (Diop, 1993; Diop, Kailou et Oumarou, 1994; Diop, 1994; Wouters et Kouzis, 1994; Yazbeck et Wenner, 1994; et Randall et Chawla, 1994).

La méthodologie des tests pilotes et la mise en oeuvre des interventions et activités d'évaluation dans le temps sont présentées respectivement dans le *Tableau 3-2* et le *Schéma 3-1*.

**TABLEAU 3-2  
MÉTHODOLOGIE DES TEST PILOTES DE RECOUVREMENT DES COÛTS**

COMPOSANTES	NIVEAU D'INTERVENTION	ARRONDISSEMENT		
		BOBOYE - INDIRECT	SAY - DIRECT	ILLÉLA - CONTRÔLE
<b>INTERVENTIONS</b>				
Sensibilisation et mise en place des comités locaux de santé	Population	Oui	Oui	Non
Formation en stratégies plainte-traitement	Formation sanitaire	Oui	Oui	Non
Formation en gestion financière et gestion des médicaments	Formation sanitaire	Oui	Oui	Non
Stock initial de médicaments	Formation sanitaire	Oui	Oui	Non
Paiement des soins	Population	Cotisation : 200 FCFA/an	Non	Non
	Formation sanitaire	Adulte : 50 francs CFA/épisode Enfant : 25 francs CFA/épisode	Adulte : 200 francs CFA/épisode Enfant : 100 francs CFA/épisode	
<b>ÉVALUATION</b>				
Enquête de base	Population	Oui	Oui	Oui
Enquête finale	Population	Oui	Oui	Oui
Données des formations sanitaires	Formation sanitaire	Oui	Oui	Oui

SCHÉMA 3-1

CALENDRIER DES INTERVENTIONS ET DES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DES TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COÛTS: 1992-1994

	1992			1993							1994				
	OCT	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	...	OCT	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR
<b>INTERVENTIONS</b>															
Sensibilisation															
Formation spt															
Formation gestion															
Stock initial de médicaments															
Paieiment des soins	*														
<b>ACTIVITES D'ÉVALUATION</b>															
Enquête de base															
Données des formations sanitaires															
Enquête finale															

## 4.0 RÉSULTATS

Les objectifs des systèmes de recouvrement des coûts qui ont été retenus par le séminaire de Kollo pour l'évaluation des performances des modes de paiement à tester dans le cadre des tests pilotes reflètent le souci de mettre en place au niveau local un système de financement équitable, efficient, et viable. Le premier objectif retenu est que le système doit répondre aux besoins des populations et stimuler la demande et l'utilisation des soins de santé; le système doit permettre de pérenniser des améliorations de la qualité des soins qui répondent à la perception que les populations—les bénéficiaires—ont de soins de qualité. Deuxièmement, le système doit garantir l'accessibilité des soins aux groupes cibles et populations éloignés des formations sanitaires. Troisièmement, les coûts récurrents des réformes techniques et administratives engagées doivent être contenus à des niveaux bas. Enfin, le mode de recouvrement doit permettre de mobiliser des ressources qui couvrent les charges récurrentes induites par les réformes techniques et administratives afin de garantir la viabilité du système.

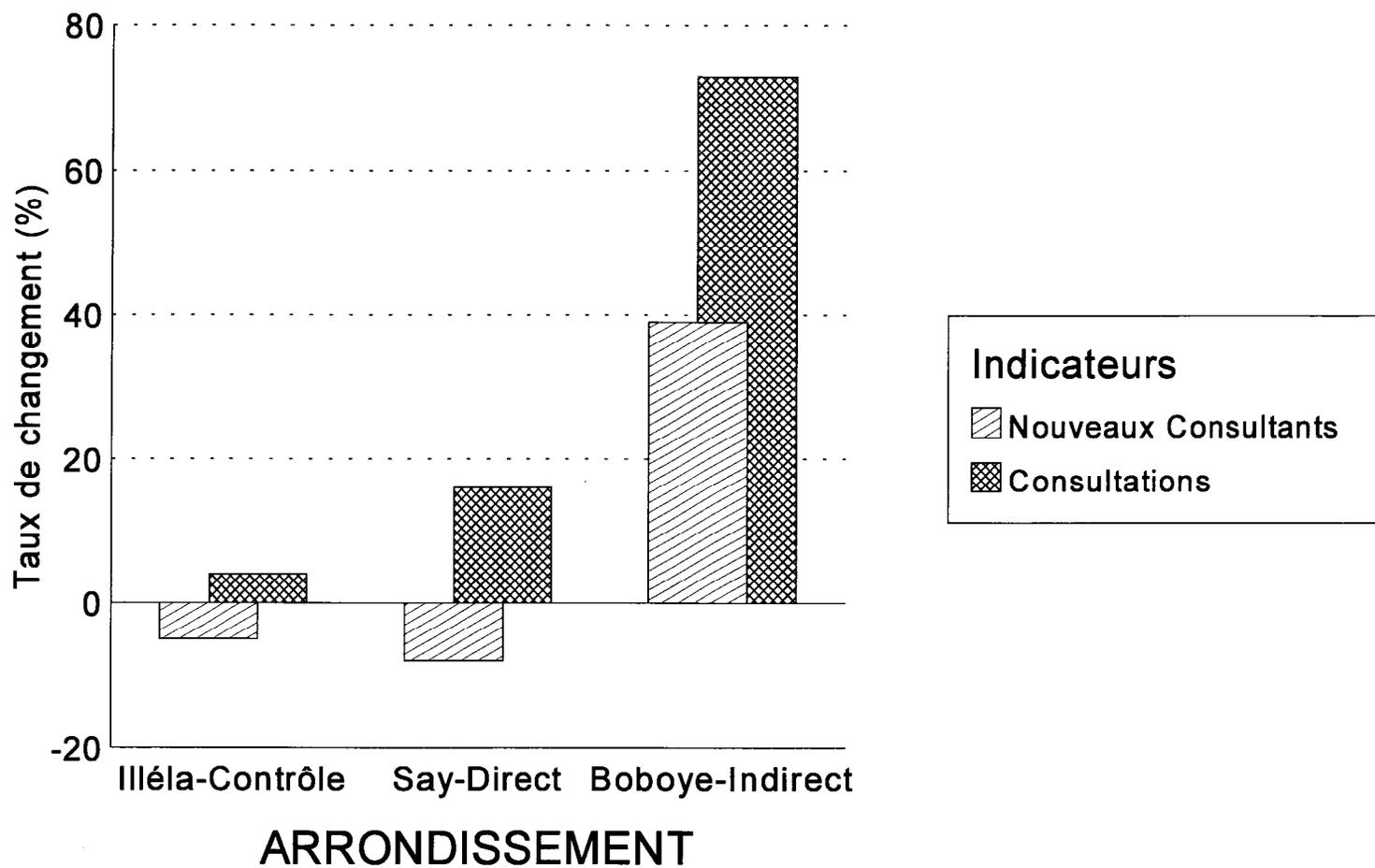
### 4.1 Demande et utilisation des soins de santé

Le critère le plus immédiat pour évaluer un système dont l'objectif est de répondre aux besoins des populations est la demande et l'utilisation des soins de santé. Dans le cadre des tests pilotes, l'indicateur retenu pour mesurer ce critère est le taux de changement du nombre de consultations dans les formations sanitaires publiques entre l'année précédant le démarrage des tests et l'année des tests proprement dite. Afin de déterminer les performances du système du point de vue de l'accessibilité et de l'équité, le changement dans l'utilisation des soins est mesuré parmi les groupes cibles que sont les enfants, les femmes et les pauvres, et parmi les groupes résidant dans des villages éloignés des formations sanitaires.

Le *Schéma 4-1* résume les changements intervenus dans l'utilisation des formations sanitaires publiques entre l'année de base et l'année test sur la base des données des formations sanitaires. Il est remarquable que les changements intervenus dans l'arrondissement de Boboye, où est appliqué le paiement indirect, se distinguent nettement des changements intervenus dans les deux autres arrondissements. Le paiement du ticket modérateur par les utilisateurs n'a pas dissuadé les malades qui ont été fortement attirés par la disponibilité des médicaments dans l'arrondissement test de Boboye : le nombre de nouveaux patients a progressé de 40 pour cent; par ailleurs, la quantité des soins reçus, mesurée par le nombre de consultations, a augmenté de 70 pour cent. Le paiement direct du montant forfaitaire dans l'arrondissement de Say a dissuadé certains groupes d'utilisateurs traditionnels, plus particulièrement les résidents des villages sites des formations sanitaires; cependant, la quantité des soins reçus s'est nettement améliorée par rapport aux niveaux observés dans l'arrondissement avant les tests, et aux médiocres performances de l'arrondissement contrôle d'Illéla.

Ces changements ont varié selon le type de formations sanitaires. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, seul le centre médical d'Illéla a maintenu des performances comparables à celles de l'année de base alors que les performances du poste médical de Bagaroua et des dispensaires ruraux se sont relativement détériorées. Dans l'arrondissement test de Say, la quantité des soins reçus a nettement augmenté au niveau de tous les types de formation sanitaire en général, et au niveau du poste médical de Torodi plus particulièrement. Dans l'arrondissement test de Boboye, l'amélioration de l'utilisation a été plus importante au niveau du poste médical de Falmey; le centre médical de Birni Ngaouré et les dispensaires ruraux de l'arrondissement ont connu des niveaux d'amélioration comparables.

**SCHÉMA 4-1**  
**TAUX DE CHANGEMENT DE L'UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES ENTRE**  
**L'ANNÉE DE BASE (MAI 1992-FÉVRIER 1993) ET L'ANNÉE TEST (MAI 1993-FÉVRIER 1994)**



Le *Tableau 4-1* résume les changements intervenus dans l'utilisation des formations sanitaires publiques parmi les groupes cibles sur la base des données de l'enquête de base et de l'enquête finale. En dehors des enfants de moins de 15 ans, l'utilisation des formations sanitaires s'est détériorée à partir de faibles niveaux parmi les groupes cibles dans l'arrondissement contrôle d'Illéla. Dans l'arrondissement test de Say, l'utilisation s'est maintenue aux mêmes niveaux parmi les groupes cibles, à l'exception des 25 pour cent les plus pauvres où l'utilisation s'est détériorée. Dans l'arrondissement test de Boboye, l'utilisation s'est nettement améliorée parmi les groupes cibles en général, les 25 pour cent les plus pauvres en particulier.

Les données de l'enquête de base avaient révélé qu'une forte proportion de malades n'utilisaient que des médicaments acquis auprès de prestataires informels, dont les marchands ambulants de médicaments. L'analyse économétrique de la demande de soins de santé dans les trois arrondissements sur la base des données de l'enquête de base et de l'enquête finale confirme que l'amélioration de la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques a déplacé la demande de soins de santé du secteur informel vers le secteur officiel. Ce changement a été plus remarquable dans l'arrondissement de Boboye où est appliqué le mode de paiement indirect, étant donné le faible niveau du ticket modérateur.

En résumé, les améliorations de la qualité des soins introduites avec la mise en oeuvre des tests pilotes, la plus grande disponibilité des médicaments plus particulièrement, ont stimulé la demande de soins de santé des formations sanitaires publiques dans les arrondissements tests, comparée aux faibles niveaux qui étaient observés avant le démarrage des tests à Boboye et Say, et à la tendance à la détérioration qui s'est maintenue dans l'arrondissement contrôle d'Illéla. Alors que le paiement direct dans l'arrondissement test de Say a constitué une barrière pour certains secteurs de la population, plus particulièrement parmi les populations résidant dans les villages sites de formations sanitaires, le paiement du ticket modérateur n'a pu modérer l'utilisation dans les villages sites des formations sanitaires de l'arrondissement test de Boboye. L'utilisation des formations sanitaires publiques s'est nettement détériorée chez les femmes et les résidents des villages éloignés des formations sanitaires dans l'arrondissement contrôle d'Illéla; par ailleurs, des signes de détérioration à partir de très faibles niveaux sont observés parmi les plus pauvres de cet arrondissement. Dans l'arrondissement test de Say, le niveau d'utilisation des groupes cibles n'a pas significativement changé, à l'exception des plus pauvres pour lesquels l'utilisation s'est détériorée. À l'autre extrême, l'utilisation des formations sanitaires s'est nettement améliorée parmi les groupes cibles de l'arrondissement test de Boboye, parmi les 25 pour cent les plus pauvres plus particulièrement. Finalement, l'utilisation des formations sanitaires publiques est plus sensible aux coûts d'opportunité liés à l'éloignement de ces formations qu'aux modes de paiement et tarifs appliqués dans les trois arrondissements.

## **4.2 Tarification**

La répartition des nouveaux patients par catégorie de paiement offre un indicateur de l'application de mesures d'exemption afin d'améliorer l'accessibilité financière des soins pour certaines catégories de la population, les pauvres notamment. Lors de la préparation des tests pilotes, la tarification et le système d'exemption qui devaient être appliqués ont nourri beaucoup de débats au sein du comité de pilotage des tests pilotes. Certaines catégories de non-payants ont été clairement définies, dont les élèves, les handicapés, les militaires et les prisonniers. Par contre, la catégorie «indigents», bien que retenue, n'a pas été clairement définie et aucun test de moyens pour identifier les indigents n'a été mis en place : il a été jugé que l'identification des indigents revenait statutairement au comité local de santé.

**TABLEAU 4-1**  
**COMPARAISON DES NIVEAUX D'UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES**  
**ENTRE L'ENQUÊTE DE BASE ET L'ENQUÊTE FINALE PARMIS QUELQUES GROUPES CIBLES**

GROUPE CIBLE	Proportion de malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview (%)					
	ILLÉLA	CONTRÔLE	SAY	DIRECT	BOBOYE	INDIRECT
	Avant les tests	Durant les tests	Avant les tests	Durant les tests	Avant les tests	Durant les tests
Enfants de moins de 15 ans	8,2	8,5	13,0	12,6	15,0	20,4
Femmes	10,5	6,2	14,4	13,4	15,4	20,3
Village sans formation sanitaire	5,2	3,1	6,6	7,8	11,8	14,4
25% des plus pauvres	4,4	3,7	7,4	5,0	8,4	17,2
Ensemble de l'arrondissement	10,2	7,9	12,7	11,9	15,5	18,9

En dehors de la question des indigents, les débats ont porté sur l'exemption des élèves et des militaires. Le statut d'élève établit une discrimination entre la population selon le revenu et la proximité des formations sanitaires : par rapport à la population non-inscrite, les élèves proviennent non seulement des familles les plus aisées de l'arrondissement, mais aussi, pour la plupart, des villages sites des formations sanitaires—conséquence de la covariation de la localisation des infrastructures sanitaires et scolaires. En d'autres termes, en exemptant les élèves, les familles les plus pauvres subventionneraient les soins de santé des enfants des familles les plus aisées qui bénéficient déjà des subventions publiques à travers l'école. Le contre-argument, cependant, est que l'exemption des élèves devrait permettre d'améliorer l'efficacité des subventions publiques acheminées à travers l'école par l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité et l'état sanitaire de la sous-population des élèves.

La tarification appliquée dans les deux arrondissements tests est résumée dans le *Tableau 4-2*. Environ 88 pour cent des nouveaux patients de l'arrondissement test de Say ont payé avant de recevoir les soins; ce taux s'établit à 91 pour cent dans l'arrondissement test de Boboye. En dehors de l'exemption des élèves et des militaires et prisonniers, l'exemption a été quasi inexistante : la notion d'indigent n'a pas été opérationnelle au cours des tests.

Toutes choses étant égales par ailleurs, l'incidence financière de l'exemption est relativement peu marquée dans le cadre du système de paiement indirect étant donné le faible niveau du ticket modérateur. Dans le cadre du système de paiement direct, par contre, le ratio des recettes qui auraient pu être recouvrées sur les recettes recouvrées s'élève à 18 pour cent.

La tarification qui a été appliquée dans le cadre des tests est assez simple : ceci est un avantage. Cependant, deux questions n'ont pas trouvé de réponse : (i) celle de la prise en charge des élèves soit par l'État, soit par la collectivité territoriale, au risque de compromettre la viabilité des systèmes de financement, dans le cas du système direct plus particulièrement; et (ii) celle de la sur-utilisation des services par les élèves ce qui non seulement réduit l'efficacité du système de prestation de soins, mais aussi augmente les coûts d'opportunité d'utiliser les services pour les autres catégories de paiement en augmentant les temps d'attente des utilisateurs. Une solution intermédiaire devrait être recherchée dans une tarification différentielle selon le statut du patient, cette tarification imposant le paiement pour tous les utilisateurs afin d'améliorer l'efficacité et l'équité du système de financement.

### **4.3 Dépenses privées des ménages**

Un des arguments en faveur de l'introduction du recouvrement des coûts est que la gratuité des soins dans le cadre du statu quo est fictive. Étant donné la faible disponibilité des médicaments dans ce contexte, les ménages engagent des ressources financières importantes pour se soigner en général, et plus particulièrement lorsqu'ils utilisent des formations sanitaires publiques, en dépenses de déplacement et d'achat de médicaments. D'aucuns soutiennent que l'introduction du recouvrement des coûts n'impose pas aux utilisateurs des formations sanitaires de charges financières supérieures à celles qu'ils supportent actuellement : en d'autres termes, l'introduction du recouvrement des coûts n'augmente pas la composante privée des coûts sociaux de la prise en charge de la maladie.

Les dépenses monétaires engagées par les malades pour se soigner durant les deux semaines précédant l'interview de l'enquête de base, puis celui de l'enquête finale permettent d'évaluer les niveaux des coûts privés des soins de santé dans le cadre du statu quo et dans le contexte des modes de paiement appliqués durant les tests pilotes. Le *Schéma 4-2* résume les niveaux des dépenses liées à la maladie parmi l'ensemble des malades, ceux qui ont été soignés à domicile et les patients des formations sanitaires publiques.

**TABLEAU 4-2**  
**SCHÉMAS DES PRATIQUES DE TARIFICATION PAR LES GESTIONNAIRES**  
**DES FORMATIONS SANITAIRES DANS LES ARRONDISSEMENTS TESTS :**  
**MAI 1993 – FÉVRIER 1994**

	Say—Direct	Boboye—Indirect
<b>Répartition des nouveaux patients par catégorie de paiement (%)</b>		
Nombre de nouveaux patients	45.900	100.441
<b>Payant</b>		
Adulte payant	55,7	57,1
Enfant payant	32,0	33,6
<b>TOTAL</b>	<b>87,7</b>	<b>90,7</b>
<b>Non payant</b>		
Elève	9,4	7,2
Handicapé	0,2	0,4
Indigent	0,2	0,1
Militaires et prisonniers	2,1	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>12,3</b>	<b>9,3</b>
<b>TOTAL (%)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Incidence des pratiques d'exemption</b>		
Recettes additionnelles qui auraient pu être recouvrées si les non-payants actuels n'étaient pas exemptés (francs CFA)	1.155.000	485.000
Ratio Exemption/Recettes (%)	17,6	2,9

Les dépenses liées à la maladie comprennent toutes les dépenses qui ont été engagées pour se soigner durant les deux semaines précédant l'interview du malade : elles incluent les dépenses qui ont été engagées pour des soins à la maison avant toute visite à une formation sanitaire, c'est-à-dire l'achat de médicaments et les dépenses pour le transport, le logement et la nourriture, ainsi que le traitement si le malade s'est fait soigner dans une formation sanitaire. En moyenne, les dépenses liées à la maladie ont baissé passant d'environ 300 francs CFA dans les trois arrondissements avant le démarrage des tests à 250 francs CFA dans l'arrondissement contrôle d'Illéla durant les tests, à 210 francs CFA dans l'arrondissement test de Say, et à 230 francs CFA dans l'arrondissement test de Boboye. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, la baisse est liée partiellement à la moindre utilisation des formations sanitaires publiques : en d'autres termes, les malades n'étaient pas prêts à s'engager dans des actions dont les coûts marginaux perçus sont supérieurs aux bénéfices marginaux attendus.

Le *Schéma 4-3*, qui résume les niveaux des dépenses liées à la maladie parmi les patients des formations sanitaires publiques uniquement, indique que les coûts privés de l'utilisation des formations sanitaires publiques se sont maintenus à leurs niveaux élevés entre la période précédant le démarrage des tests et la période des tests dans l'arrondissement contrôle d'Illéla : les patients des formations sanitaires publiques continuant de dépenser en moyenne entre 1 700 francs CFA et 1 800 francs CFA en l'espace de deux semaines. Dans les arrondissements tests, les coûts privés de l'utilisation des formations sanitaires publiques ont baissé de façon significative. Dans l'arrondissement test de Say, les dépenses des patients des formations sanitaires ont baissé passant en moyenne de 1 000 francs CFA avant les tests à 600 francs CFA durant les tests; et dans l'arrondissement test de Boboye, elles sont passées en moyenne de 1 000 francs CFA avant les tests à 500 francs CFA durant les tests. Parmi certains groupes socio-économiques, qui utilisaient peu les formations sanitaires pendant la période précédant les tests, les dépenses ont augmenté mais restent toujours faibles : tel est le cas pour les pauvres dans l'arrondissement test de Boboye.

En résumé, l'introduction du recouvrement des coûts n'entraîne pas une augmentation des coûts privés des soins de santé. Par ailleurs, lorsque l'introduction des réformes s'accompagne d'une augmentation de l'utilisation des formations sanitaires publiques parmi certains groupes socio-économiques, ce n'est pas parce que les coûts totaux de l'épisode de maladie sont en baisse parmi ces secteurs de la population. L'utilisation peut augmenter même si les coûts de l'épisode sont en hausse, comme parmi les pauvres de l'arrondissement test de Boboye, si les individus perçoivent que les bénéfices marginaux des soins de santé dans le cadre des réformes se sont accrus par rapport à l'augmentation des coûts marginaux.

#### **4.4 Coûts récurrents du train de réformes**

Les améliorations de la qualité des soins, au moyen des réformes administratives et techniques engagées dans le cadre des tests pilotes, supposent des frais additionnels dans l'opération des circonscriptions médicales. Ces frais incluent la consommation des médicaments par les formations sanitaires et les dépenses supplémentaires de gestion du nouveau système. En plus de la capacité de générer des revenus grâce aux réformes financières envisagées dans le cadre des tests, la viabilité du système de financement local à mettre en place dépend essentiellement de la capacité de l'application des réformes techniques, telles que la formation en SPT, l'utilisation des médicaments essentiels sous nom générique et la gestion des médicaments, à minimiser ces dépenses additionnelles. Les dépenses moyennes en médicaments et les dépenses supplémentaires de gestion du nouveau système dans les circonscriptions médicales tests seront utilisées comme indicateurs des coûts récurrents des réformes engagées dans le cadre des tests pilotes.

**SCHÉMA 4-2**  
**DÉPENSES MONÉTAIRES LIÉES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT**  
**L'INTERVIEW ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE: TOUS LES MALADES**

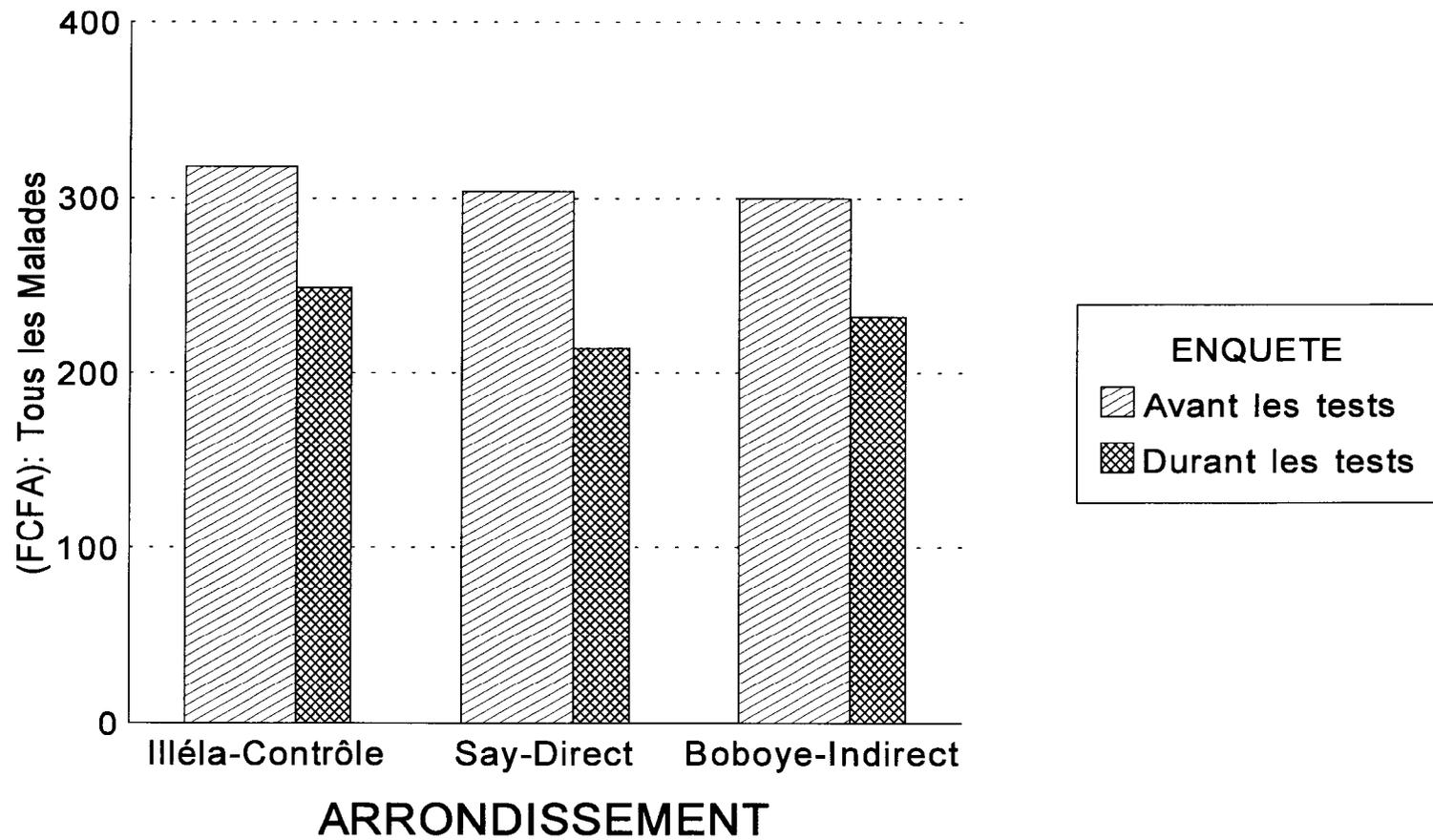
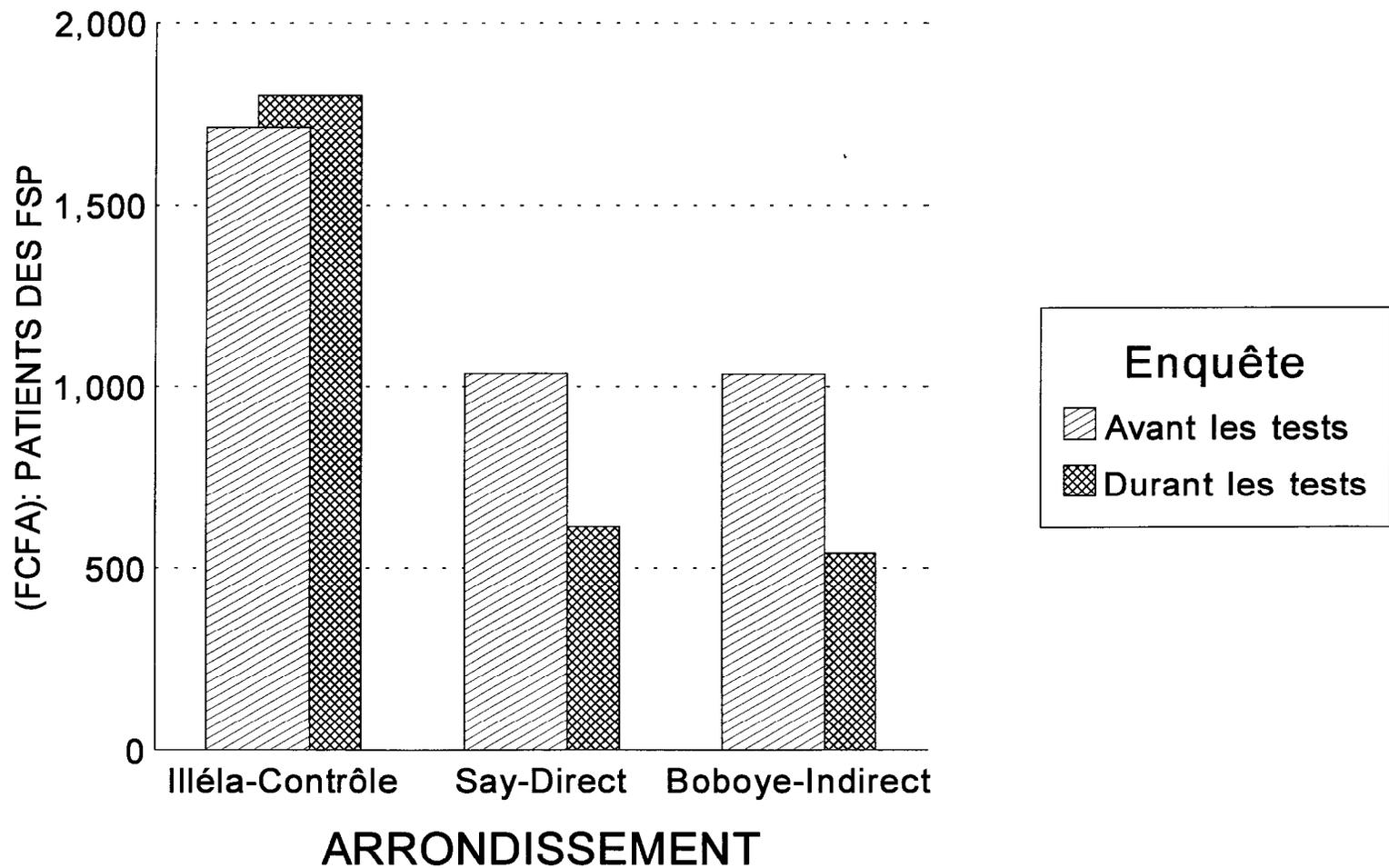


SCHÉMA 4-3  
DÉPENSES MONÉTAIRES LIÉES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT  
L'INTERVIEW ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE: PATIENTS DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES (FSP)



La médiocrité de la gestion dans la circonscription médicale d'Illéla ne permet pas d'évaluer la consommation de médicaments dans cet arrondissement. Par conséquent, l'évaluation des coûts récurrents des réformes sera basée uniquement sur les données des circonscriptions médicales de Boboye et de Say. Les médicaments consommés par les formations sanitaires durant la période d'évaluation de mai 1993 à février 1994 ont été acquis aux prix courants avant la dévaluation du franc CFA : ce sont ces niveaux de prix qui ont été appliqués dans l'évaluation; les conséquences de la dévaluation sur les performances du recouvrement des coûts seront résumées dans la sous-section IV-6.

Durant les dix premiers mois de recouvrement des coûts, les deux circonscriptions médicales ont consommé individuellement plus de 1 million de francs CFA de médicaments chaque mois. Au niveau de l'arrondissement test de Say, les huit formations sanitaires publiques ont consommé 12 700 000 francs CFA de médicaments entre mai 1993 et février 1994 : soit une consommation annuelle de 15 200 000 francs CFA qui représente 2,5 fois la dotation annuelle de médicaments du budget de l'État qui est de l'ordre de 6 000 000 francs CFA. Au niveau de l'arrondissement test de Boboye, une valeur de 11 000 000 de francs CFA de médicaments a été consommée dans les dix formations sanitaires publiques entre mai 1993 et février 1994, soit une consommation annuelle de 13 200 000 francs CFA qui représente trois fois la dotation annuelle de médicaments du budget de l'État (4 500 000 francs CFA). Une large part des médicaments consommés dans le cadre des tests pilotes sont des médicaments sous nom générique mis en place par le projet : en d'autres termes, les consommations mensuelles de médicaments observées dans les deux arrondissements tests indiquent que les dotations actuelles de médicaments de l'État aux circonscriptions médicales sont très en-dessous des besoins.

Les antibiotiques et les antiparasitaires constituent—en valeur—les principaux médicaments utilisés dans le cadre de la prestation des soins dans les deux circonscriptions médicales durant les dix mois allant de mai 1993 à février 1994 : ils représentent en effet, près de 75 pour cent des dépenses en médicaments des deux circonscriptions médicales.

Le *Schéma 4-4* résume le niveau de la consommation moyenne de médicaments dans les deux circonscriptions médicales tests. Les dépenses moyennes en médicaments ont fortement varié d'un arrondissement à un autre et d'une formation sanitaire à une autre reflétant partiellement la variabilité de la maîtrise des stratégies plainte-traitement (SPT). Dans l'arrondissement de Boboye, où les stratégies sont appliquées depuis plusieurs années, les dépenses moyennes en médicaments par nouveau patient ont fluctué entre 90 et 140 francs CFA selon les mois durant la période allant de mai 1993 à février 1994 : la moyenne de la période s'est élevée à 108 francs CFA par nouveau consultant. Par ailleurs, dans l'arrondissement de Say, où l'utilisation des stratégies a été introduite durant l'année des tests pilotes, les dépenses moyennes en médicaments par nouveau patient ont atteint 200 et 330 francs CFA selon le mois entre mai 1993 et février 1994 : la moyenne de la période étant de 272 francs CFA par nouveau patient. Contrairement à l'arrondissement de Boboye où les dépenses moyennes sont comparables au centre médical et au dispensaire rural, dans l'arrondissement de Say, les coûts en médicaments de la prestation des soins sont plus élevées dans les dispensaires ruraux et le poste médical de Torodi qu'au centre médical de Say. Durant les cinq derniers mois, le renforcement de la supervision des dispensaires ruraux dans la circonscription médicale de Say a contribué à la baisse de la consommation moyenne de médicaments : de 370 francs CFA durant les cinq premiers mois à 220 francs CFA. Les données confirment que l'application des SPT pour la prestation des soins est un instrument efficace pour réduire les coûts en médicaments des services.

Le *Tableau 4-3* résume les niveaux et la structure des dépenses récurrentes liées aux améliorations de la qualité des soins et à l'application du nouveau système de gestion durant les dix premiers mois des tests pilotes. Entre 60 et 70 pour cent des coûts récurrents du train de réformes ont été générés par l'amélioration de la disponibilité des médicaments dans les deux circonscriptions médicales; les 30 à 40 pour cent restants sont liés à l'application du nouveau système de gestion.

Environ 65 pour cent des charges incrémentielles de gestion sont constituées par les charges salariales du nouveau système de gestion. Dans le cadre des tests pilotes, la prise en charge des gestionnaires des formations sanitaires, membres des comités locaux de santé, a été assurée par le projet selon les dispositions de la convention interprofessionnelle : la somme du salaire et de l'indemnité mensuelle d'un gestionnaire est quatre fois plus élevée que les compensations des tenanciers des dépôts pharmaceutiques villageois. En d'autres termes, les compensations des gestionnaires sont beaucoup plus élevées que le niveau de rémunération qui satisferait un jeune du village, ayant un certain niveau d'éducation, pour y travailler.

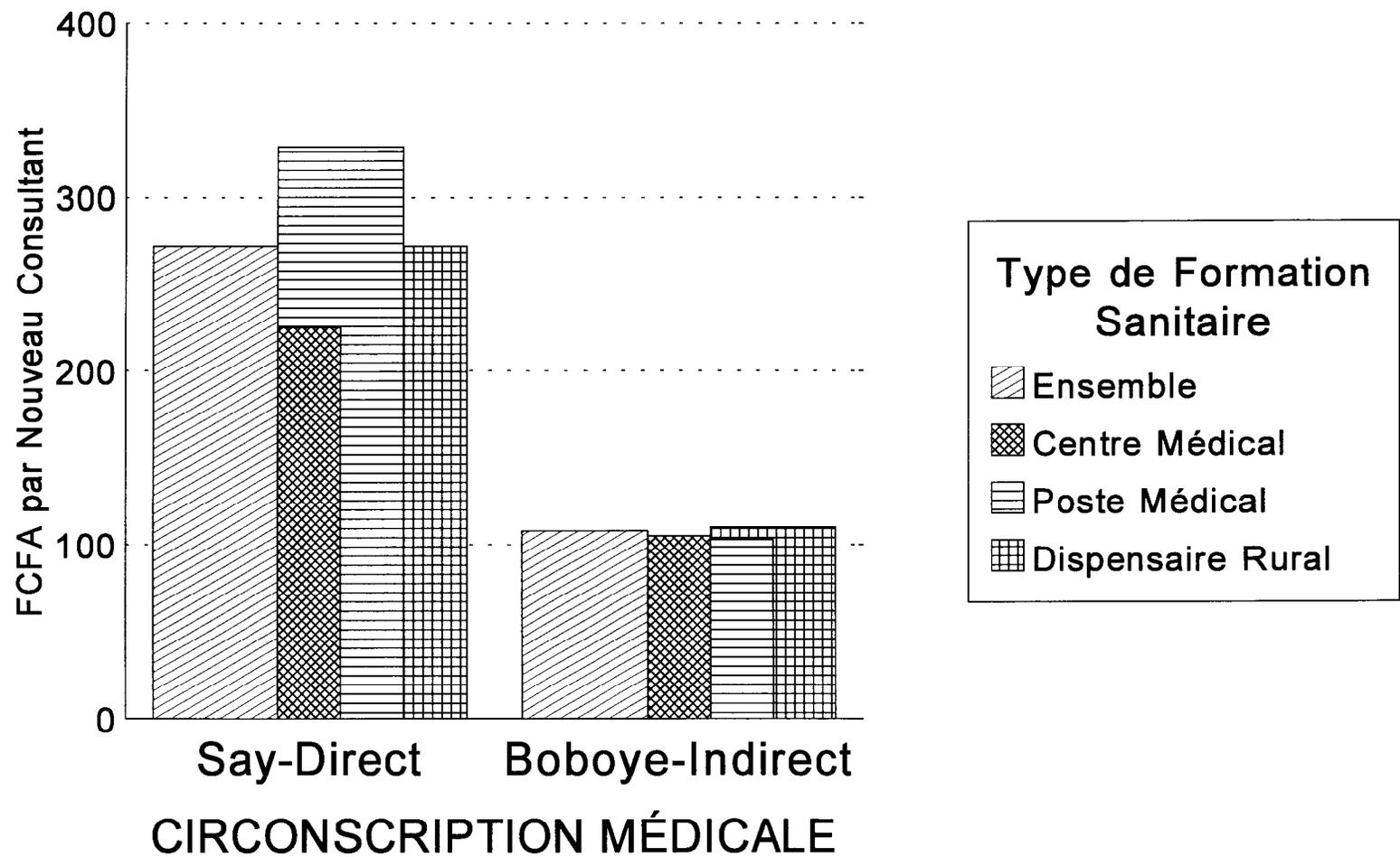
En résumé, l'évolution des coûts en médicaments de la prestation des soins et la viabilité du financement au niveau de base du système de santé dépendront essentiellement de l'évolution des prix des antibiotiques et des antiparasitaires et de la maîtrise des stratégies plainte-traitement par le personnel soignant. La combinaison d'une politique cohérente du médicament axée sur l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques par appels d'offres internationaux et la formation continue du personnel de santé intégrant les stratégies plainte-traitement seront les premiers instruments permettant d'asseoir les bases d'un système de financement local viable. Par ailleurs, dans la perspective d'une généralisation du recouvrement des coûts, la politique de rémunération des gestionnaires devra être ajustée afin de permettre leur prise en charge dans les limites de la capacité du système de financement adopté à générer des revenus.

#### **4.5 Qualité des soins**

La pérennité du système de financement local ne peut être envisagée que sur la base d'améliorations durables de la qualité des soins et de l'adhésion des populations au système mis en place. Un critère d'évaluation de la qualité des soins est la satisfaction des populations dont on peut connaître le degré directement et indirectement. Premièrement, toutes choses étant égales par ailleurs, face à plusieurs options, les patients des formations sanitaires publiques n'effectuent plusieurs visites à la formation sanitaire pour se soigner que lorsqu'ils perçoivent que les bénéfices marginaux dépassent les coûts marginaux de visites additionnelles : en d'autres termes, le changement du nombre de visites retour entre l'année de base et l'année test indique fidèlement les performances de la prise en charge médicale des malades. Deuxièmement, les conclusions sur la qualité des soins seront contrôlées par une évaluation contingente de la volonté des populations de payer des améliorations des soins telles qu'elles les ont vécues durant les six premiers mois du projet. Les changements intervenus dans le nombre de visites retour dans les trois arrondissements sont résumés dans le *Schéma 4-5*.

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, le nombre de visites retour a légèrement progressé (de 14 pour cent) entre l'année de base et l'année test. Dans les deux arrondissements tests de Boboye et Say, la disponibilité des médicaments a entraîné une amélioration de la continuité des soins et du suivi des patients, mesurée par le nombre de visites retour. Dans l'arrondissement de Boboye, le nombre de visites retour a plus que doublé entre l'année de base et l'année test. Dans l'arrondissement de Say, le nombre de visites retour s'est accru de 44 pour cent.

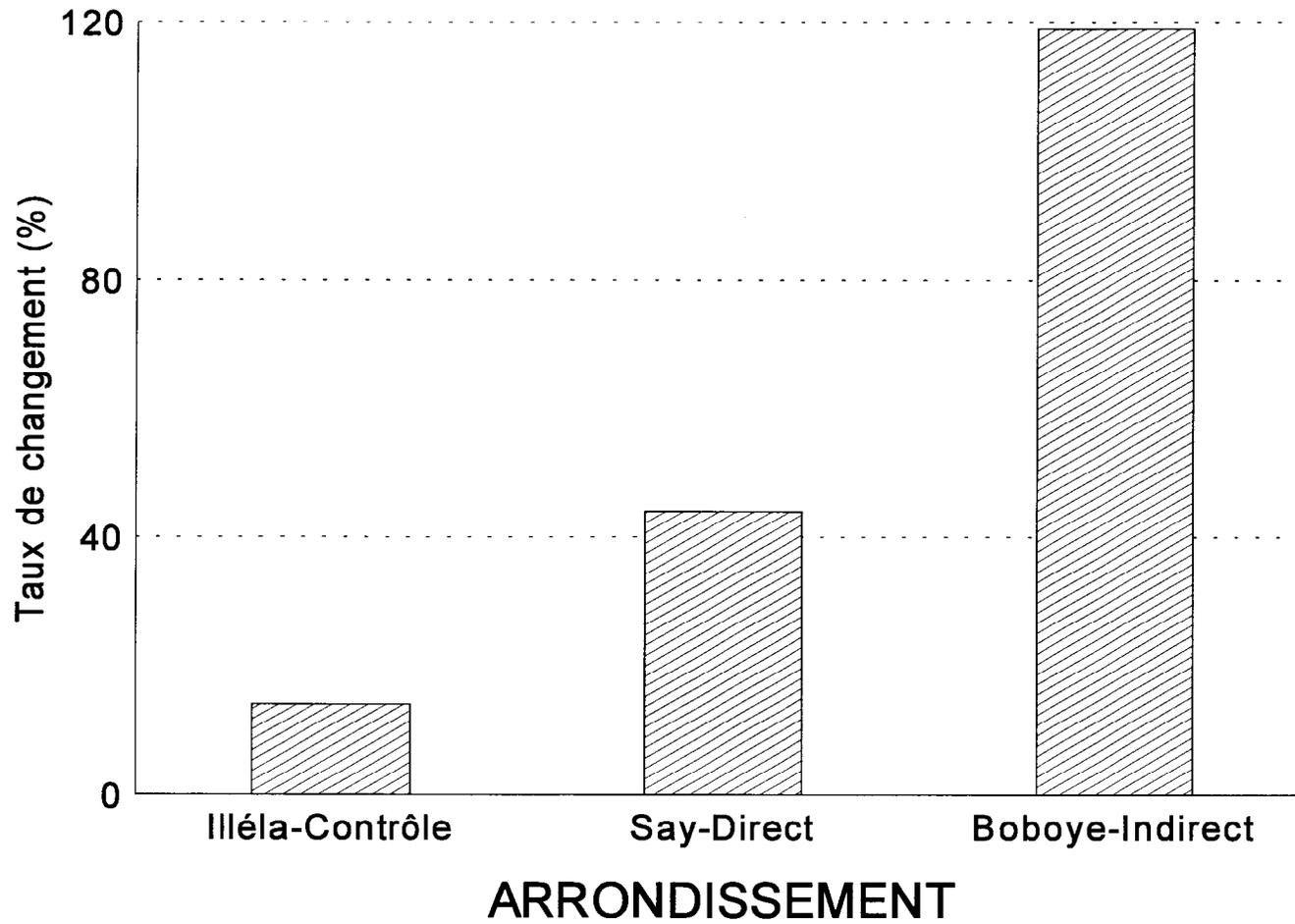
**SCHÉMA 4-4**  
**DÉPENSES MOYENNES EN MÉDICAMENTS PAR TYPE DE FORMATIONS SANITAIRES:**  
**MAI 1993-FÉVRIER 1994**



**TABLEAU 4-3**  
**DÉPENSES EN MÉDICAMENTS ET FRAIS SUPPLÉMENTAIRES DE GESTION :**  
**MAI 1993-FÉVRIER 1994**

TYPE DE DÉPENSES	SAY—DIRECT		BOBOYE—INDIRECT	
	FCFA	%	FCFA	%
Medicaments	12.702.597	68,4	11.034.607	59,4
Frais supplémentaires de gestion, dont:				
Charges salariales	3.907.046	21,1	4.931.930	26,5
Supports	1.374.199	7,4	2.013.983	10,8
Fournitures	574.314.000	3,1	598.523.000	3,2
Total	5.857.159	31,6	7.546.036	40,6
<b>Total</b>	<b>18.559.756</b>	<b>100,0</b>	<b>18.580.643</b>	<b>100,0</b>

SCHÉMA 4-5  
TAUX DE CHANGEMENT DU NOMBRE DE VISITES RETOUR DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES  
ENTRE L'ANNÉE DE BASE (MAI 1992-FÉVRIER 1993) ET L'ANNÉE TEST (MAI 1993-FÉVRIER 1994)



Le *Tableau 4-4* résume la volonté des populations des arrondissements tests de payer les soins dispensés par la formation sanitaire publique lorsque les médicaments sont disponibles durant les premiers mois des tests pilotes : en d'autres termes, pour des améliorations de la disponibilité des médicaments dont elles ont réellement été témoin. D'après les déclarations des individus âgés de 15 ans et plus dans les deux arrondissements tests de Boboye et de Say, la volonté de payer les soins dispensés dans des formations sanitaires publiques pour garantir la disponibilité des médicaments dans lesdites formations sanitaires est très élevée. La proportion des individus âgés de 15 ans et plus qui déclarent être toujours prêts à payer pour garantir la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires s'élève à environ 90 pour cent dans les deux arrondissements tests de Boboye et de Say. Les plus pauvres comme les plus aisées manifestent une forte volonté de toujours payer. Les niveaux respectifs des montants que les individus déclarent être prêts à payer dans les deux arrondissements indiquent, cependant, que la modification des tarifs serait mieux acceptée au niveau du ticket modérateur dans le système du paiement indirect appliqué dans l'arrondissement de Boboye que dans le système de paiement direct appliqué dans l'arrondissement de Say.

Environ 62 pour cent des individus de l'arrondissement de Boboye, âgés de 15 ans et plus, déclarent être prêts à payer davantage si les tarifs actuels ne permettent pas d'assurer la disponibilité continue des médicaments. Dans l'arrondissement de Say, ce taux se situe à 66 pour cent. En d'autres termes, les populations sont prêtes à accepter un relèvement des tarifs si les tarifs actuels ne permettent pas de recouvrer le coût des médicaments, ce qui est le cas depuis la dévaluation de 50 pour cent du franc CFA.

En résumé, l'évolution du nombre de visites retour dans les formations sanitaires publiques des arrondissements tests confirme que la qualité des soins s'est nettement améliorée et s'est traduite par une prise en charge plus continue des patients dans le traitement de la maladie. Dans ce cadre, les différences observées entre l'arrondissement test de Say et l'arrondissement test de Boboye reflètent plutôt la plus grande disponibilité relative des médicaments et une plus grande continuité des soins dans l'arrondissement test de Say durant l'année de base, dues au fait que les dotations réelles en médicaments du budget central y sont plus élevées et que la majorité des patients résidait dans des villages sites de formations sanitaires. Par ailleurs, la quasi-totalité des adultes des deux arrondissements tests, quel que soit le groupe de revenus auquel ils appartiennent, déclarent être prêts à toujours payer les soins dispensés dans les formations sanitaires comme durant les premiers mois des tests pour y garantir la disponibilité des médicaments.

#### **4.6 Mobilisation des ressources et recouvrement des coûts**

Une des composantes principales des réformes à engager pour garantir la viabilité du système local de financement de la santé, en plus de la capacité de réduire les coûts récurrents des réformes, est la capacité du mode de paiement envisagé de générer des revenus. Les améliorations durables de la qualité des soins, qui constituent la base principale de la pérennisation du système de financement local, ne peuvent être assises que sur la gestion saine des ressources et sur la couverture des besoins en médicaments et des charges administratives du système de prestation des soins.

**TABLEAU 4-4**  
**VOLONTÉ DE PAYER LES AMÉLIORATIONS DE LA DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS**

Proportion d'individus âgés de 15 ans et plus qui sont prêts à toujours payer et montant moyen (francs CFA) qu'ils sont prêts à payer au niveau des formations sanitaires publiques selon le groupe de revenus (%)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY—DIRECT			BOBOYE—INDIRECT		
	Prêts à toujours payer (%)	Montant prêts à payer (FCFA)	Nombre d'individus	Prêts à toujours payer (%)	Montant prêts à payer (FCFA)	Nombre d'individus
<b>Groupe de Revenus</b>						
Faible	88,4	236	484	93,7	84	559
Faible-Moyen	87,0	241	476	90,1	90	535
Moyen-Elevé	89,6	247	442	92,2	88	502
Elevé	86,7	271	450	90,8	98	512
<b>ENSEMBLE</b>	<b>87,9</b>	<b>249</b>	<b>1.852</b>	<b>91,7</b>	<b>90</b>	<b>2.108</b>

Le postulat qui sous-tend l'analyse présentée dans cette section est le maintien des subventions sanitaires de l'État à leurs niveaux actuels. Ainsi, la capacité de mobilisation des ressources internes découlera des ressources financières additionnelles obtenues en appliquant les diverses options de paiement testées; les indicateurs de la capacité de recouvrer les coûts récurrents des réformes seront basés sur les coûts en médicaments d'une part, et la somme des coûts en médicaments et des coûts additionnels de gestion d'autre part. Tout ceci permettra de résumer les attitudes des populations vis-à-vis des différents modes de paiement.

#### **4.6.1 Mobilisation de ressources additionnelles**

Le *Tableau 4-5* résume la capacité de mobilisation de ressources internes additionnelles des deux modes de paiement en cours de test. Premièrement, l'application du mode de paiement direct dans l'arrondissement test de Say a pu générer 6,5 millions de francs CFA durant les 10 premiers mois des tests. Sur une base annuelle, le paiement direct génère 8 millions de francs CFA durant l'année test dans l'arrondissement de Say : pour une population estimée à 210 000 habitants, ce montant équivaut à 38 francs CFA par habitant. Deuxièmement, dans l'arrondissement test de Boboye, le paiement indirect peut assurer des ressources additionnelles de 19,5 millions de francs CFA, dont 15 millions provenant de la majoration de la taxe d'arrondissement et 4,5 millions provenant du paiement du ticket modérateur par les utilisateurs des formations sanitaires publiques. Pour une population estimée à 250 000 habitants, ces dépenses équivalent à 78 francs CFA par habitant, soit 60 francs CFA par tête par la majoration de la taxe, et 18 francs CFA par tête par le paiement du ticket modérateur. En résumé, du point de vue de la capacité de générer des revenus, les données des dix premiers mois des tests pilotes confirment que le paiement indirect a une performance deux fois plus élevée que le paiement direct.

#### **4.6.2 Taux de Recouvrement des coûts récurrents**

La partie A du *Tableau 4-6* résume les performances des deux modes de paiement en termes des niveaux de recouvrement des coûts des médicaments d'une part, et des médicaments et des frais de gestion additionnels d'autre part. Premièrement, l'addition des ressources de la majoration de la taxe aux recettes du ticket modérateur, d'une part, et une meilleure maîtrise des SPT, d'autre part, permettent à la circonscription médicale de Boboye d'obtenir un taux de recouvrement du coût des médicaments de 149 pour cent. Par contraste, les recettes du paiement du montant forfaitaire permettent un taux de recouvrement du coût des médicaments de 52 pour cent dans l'arrondissement de Say. Deuxièmement, les recettes de la taxe et du ticket modérateur arrivent à couvrir 89 pour cent des dépenses en médicaments et des coûts additionnels de gestion imputables à l'introduction du recouvrement des coûts et à l'amélioration de la gestion des formations sanitaires dans l'arrondissement de Boboye. Par contraste, les recettes permettent de couvrir 30 à 40 pour cent des dépenses en médicaments et des coûts administratifs dans l'arrondissement de Say.

La partie B du *Tableau 4-6* pose la question suivante : Quel serait le niveau de ressources financières (francs CFA) nécessaire pour maintenir les dépenses réelles en médicaments aux niveaux observés dans les deux circonscriptions médicales durant la période des tests suite au changement de parité du franc CFA? Pour répondre à cette question, on a émis l'hypothèse que *les prix des médicaments acquis par l'entremise de l'ONPPC augmenteraient de 50 pour cent, alors que les prix des médicaments acquis hors du circuit ONPPC, et qui sont libellés en dollars, augmenteraient de 100 pour cent.*

**TABLEAU 4-5**  
**RECETTES DU RECOUVREMENT DES COÛTS :**  
**MAI 1993-FÉVRIER 1994**

	Say—Direct	Boboye—Indirect
<b>SOURCE</b>		
Produit de la taxe	--	12.750.000*
Paievements à la formation sanitaire	6.574.900	3.709.275
<b>Total</b>	<b>6.574.900</b>	<b>16.459.275</b>
Nombre de nouveaux patients	45.900	100.441
Population (estimation 1993)	210.000	250.000
Recette moyenne/nouveau patient	142	163
Recette moyenne/habitant (annualisé)	38	78

\*La majoration de la taxe a généré 15.000.000 FCFA dans le cadre du mode de paiement indirect dans l'arrondissement de Boboye. Le produit de la taxe a été redistribué par mois proportionnellement au nombre mensuel de nouveaux patients pour permettre la comparaison des performances des deux modes de paiement entre la période mai 1993 à février 1994.

**TABLEAU 4-6**  
**RECOUVREMENT DES COÛTS DE MÉDICAMENTS ET DE GESTION**  
**MAI 1993—FÉVRIER 1994**

	SAY—DIRECT	BOBOYE—INDIRECT
<b>PARTIE A</b>		
Recettes totales (francs CFA)	6.574.900	16.459.275
Dépenses récurrentes (francs CFA), dont :	18.559.756	18.580.643
Médicaments	12.702.597	11.034.607
Gestion	5.857.159	7.546.036
Taux de recouvrement (%)		
Médicaments	52	149
Médicaments et gestion	35	49
<b>PARTIE B</b>		
Impact de la dévaluation :		
Ressources qui seraient nécessaires pour maintenir les dépenses réelles en médicaments aux mêmes niveaux que durant les tests dans les hypothèses suivantes (R) :		
Augmentation de 50 % des prix des médicaments acquis à l'ONPPC	22.760.000	20.202.000
Augmentation de 100 % des prix des médicaments acquis hors ONPPC		
Ratio Recettes/R %	29	82

Compte tenu de ces hypothèses de travail, les recettes du mode de paiement direct permettraient de reconstituer *29 pour cent* des quantités de médicaments consommés dans la CM de Say, alors que les recettes du mode de paiement indirect dans l'arrondissement de Boboye permettraient de reconstituer *82 pour cent* des quantités consommées durant la période des tests. En d'autres termes, de fortes augmentations de tarifs seraient nécessaires dans le cadre du mode de paiement direct afin de recouvrer la totalité des coûts en médicaments suite aux effets de la dévaluation; dans le cadre du mode de paiement indirect, les augmentations nécessaires seraient relativement faibles. Par ailleurs, trois options sont ouvertes dans le cadre du mode de paiement indirect, à savoir : relever davantage la taxe d'arrondissement, augmenter le montant du ticket modérateur ou une combinaison des deux premières options.

#### **4.6.3 Modes de paiement : Attitudes des populations**

Durant l'enquête finale, on a décrit les deux modes de paiement aux individus âgés de 15 ans et plus et on leur a demandé quel mode de paiement ils choisiraient en tant qu'adultes de leur arrondissement. Dans les deux arrondissements tests de Boboye et de Say, la quasi-totalité des individus âgés de 15 ans et plus ont déclaré préférer le mode de paiement indirect au mode de paiement direct : environ 84 pour cent des personnes interrogées ont déclaré préférer le mode de paiement indirect contre 6 à 8 pour cent le mode de paiement direct. À l'intérieur de chaque arrondissement, ce schéma de préférences vis-à-vis des modes de paiement varie très peu entre les différents groupes socio-démographiques et économiques.

Les raisons données par les personnes interrogées pour préférer le mode de paiement indirect au mode de paiement direct coïncident avec les principes de l'assurance. La majorité des personnes interrogées des deux arrondissements déclarent ne pas préférer le mode de paiement direct soit parce qu'elles manquent de moyens, soit parce qu'elles trouvent difficile de disposer de 200 francs CFA à chaque maladie. En outre, elles préfèrent le mode de paiement indirect parce qu'elles trouvent qu'il coûte moins cher ou parce qu'il leur est facile d'avoir 200 francs CFA par an : en d'autres termes, il est plus facile de financer la prise en charge de la maladie dans le cadre du mode de paiement indirect.

En résumé, toutes choses étant égales par ailleurs, le mode de paiement indirect génère plus de revenus permettant de couvrir une part importante des dépenses de médicaments et de gestion découlant de l'application des réformes telles que mises en oeuvre dans le cadre des tests. La capacité relative de recouvrer les coûts des médicaments des deux modes de paiement dépend, néanmoins, essentiellement de la maîtrise des SPT qui ont contenu les coûts des médicaments dans l'arrondissement test de Boboye : en d'autres termes, une maîtrise des SPT dans l'arrondissement test de Say comparable à celle observée dans l'arrondissement de Boboye aurait permis un taux de recouvrement du coût des médicaments plus élevé que celui qui a été réellement observé : même dans cette hypothèse, cependant, il est peu probable que le taux de recouvrement dans le cadre du mode de paiement direct aurait atteint le niveau de celui réalisé par le paiement indirect dans l'arrondissement test de Boboye. Finalement, les populations déclarent préférer le mode de paiement indirect car, de l'avis général, il est plus facile à financer.

## 5.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 5.1 Implications Politiques

Le Plan de développement sanitaire 1994-2000 (PDS), en cours de mise au point, ouvre de nouvelles orientations pour le renforcement des capacités du système de santé publique du Niger. Dans le cadre de la poursuite de l'objectif général d'établir un équilibre entre l'accroissement démographique et les ressources du secteur sanitaire, le PDS prévoit l'institutionnalisation du recouvrement des coûts dans toutes les formations sanitaires du pays. Les réformes administratives et politiques engagées par le MSP dans le domaine de la réduction et du recouvrement des coûts dans les secteurs hospitalier et non-hospitalier sont des étapes significatives vers cet objectif.

Les conclusions de l'analyse de la situation actuelle du système de santé de la circonscription, appuyées par les résultats des tests pilotes dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, confirment la pertinence de l'orientation des réformes envisagées dans le cadre du financement du secteur non-hospitalier. Il est peu probable que les objectifs généraux de promotion et de protection de la santé des Nigériens en général, et des groupes vulnérables en particulier, puissent être atteints dans le moyen ou le long terme dans l'état actuel du système de santé de la circonscription. La quasi-inexistence du secteur privé formel et la place croissante du secteur informel dans l'offre de services médicaux et sanitaires dans les zones rurales du Niger limitent les options politiques du gouvernement au renforcement du secteur de la santé publique de base.

Les résultats de l'enquête sur le comportement de la demande de soins de santé et l'utilisation des formations sanitaires publiques, et les dépenses privées engagées pour soigner la maladie démontrent que les communautés et ménages ruraux du pays engagent d'importantes ressources dans la promotion de la santé de leurs membres dans la situation actuelle. Les résultats indiquent, par ailleurs, que ces communautés et ménages ne reçoivent pas des services de santé de qualité à la mesure des ressources financières qu'ils engagent. Enfin, la faible utilisation des ressources du système de santé publique de base par les populations rurales dans le cadre du statu quo indique que le système actuel ne sert pas encore de façon efficiente d'instrument de transferts de ressources à la majorité rurale de la population.

Les résultats de la mise en oeuvre du train de réformes techniques, administratives et financières dans le cadre des tests pilotes confirment que la mise en oeuvre dans le secteur non-hospitalier de mesures de renforcement de la gestion des ressources de maîtrise des coûts de la prestation des soins associée à une amélioration de leur qualité peut être durable si on implique la population non seulement dans le financement des améliorations de la qualité, mais aussi dans la gestion des ressources.

Afin d'établir durablement un système de financement local des soins de santé, intégrant la participation des populations, il faudrait que la prestation des soins de santé au niveau de la circonscription soit plus efficiente. Les résultats obtenus dans les arrondissements de Say et de Boboye indiquent que la quantité et la qualité des soins assurés par les centres médicaux, les postes médicaux et les dispensaires ruraux peuvent augmenter sensiblement si on améliore en même temps la productivité du personnel de santé et qu'on maintient les coûts des médicaments inclus dans la prestation des soins à des faibles niveaux. Ces résultats ont été obtenus grâce à l'application de stratégies plainte-traitement standardisées et à l'utilisation des médicaments essentiels sous nom générique dans le cadre de la prestation des soins. Ainsi, la viabilité d'un système de financement local des soins de santé dépendra de la politique du médicament et de ressources humaines mise en oeuvre dans le secteur sanitaire.

La population et les communautés de base ne pourront être impliquées dans la gestion des formations sanitaires publiques et les ressources ne seront gérées de façon plus rationnelle que si les capacités de gestion du personnel de santé sont renforcées dans le cadre d'un système de gestion local simple et transparent. S'il est certain qu'il faut encourager les populations à participer à la prise en charge financière des coûts des soins de santé, il faut également rendre responsable le personnel de santé des ressources mises à sa disposition pour servir les populations : le personnel devra donc rendre compte de l'utilisation de ces ressources à la population. Par ailleurs, il est peu probable que les populations mettront des ressources additionnelles à la disposition des formations sanitaires publiques si elles ne gèrent pas et ne décident pas elles-mêmes de l'affectation desdites ressources : l'affectation des ressources générées devrait répondre à la satisfaction de leurs besoins perçus avec le soutien technique du personnel de santé. Ainsi, l'implication de la population dans la gestion des formations sanitaires publiques ne pourrait être envisagée que dans le cadre d'une décentralisation de la gestion et de l'affectation des ressources.

Les réformes financières engagées dans le cadre des tests pilotes ont eu des résultats variables. Un résultat commun est qu'elles conduisent à une utilisation plus équitable des ressources publiques de la circonscription sanitaire et à une utilisation plus efficiente des ressources privées des ménages comparées au statu quo de la gratuité des soins. Premièrement, durant les tests, l'accès à des soins de qualité s'est détérioré pour les femmes, les populations éloignées des formations sanitaires, et les pauvres dans l'arrondissement où les interventions des tests n'ont pas été mises en oeuvre : en d'autres termes, en rationnant le médicament comme dans le cadre du statu quo de la gratuité des soins, l'accessibilité des autres composantes des subventions sanitaires publiques, telles que les capacités de diagnostic et de prescription d'un infirmier qualifié, se détériore pour les groupes vulnérables. Les premiers perdants sont les ménages dont les revenus sont plus faibles ou qui font face à des coûts d'opportunité élevés pour se rendre aux formations sanitaires et, à l'intérieur des ménages, les premiers perdants face aux contraintes de liquidités du ménage sont les femmes.

Deuxièmement, les patients des formations sanitaires publiques des arrondissements tests dépensent moins d'argent pour la prise en charge privée de la maladie qu'ils ne le faisaient avant le démarrage des tests ou que les patients des formations sanitaires dans la situation actuelle. Les résultats des tests démontrent que même les pauvres sont prêts à engager des ressources plus importantes pour la prise en charge de la maladie s'ils perçoivent que les bénéfices marginaux des soins de santé dans le cadre des réformes se sont accrus par rapport à l'augmentation des coûts marginaux des soins.

De ce double point de vue, les réformes financières, quel que soit le mode de paiement utilisé pour structurer la participation financière de la population, sont plus équitables et plus efficientes que la situation actuelle de la gratuité des soins.

Les deux modes de paiement ont eu des effets comparatifs variables sur l'efficience et l'équité du système de financement local, cependant. Alors que le mode de paiement indirect améliore l'efficience du système de prestation des soins en accroissant la productivité du personnel de santé, en raison de l'augmentation importante de la quantité de services demandés, le paiement direct améliore l'efficience de la consommation des services par les utilisateurs en réduisant l'utilisation qui, à priori, ne serait pas jugée techniquement nécessaire. Le mode de paiement direct améliore, cependant, l'efficience de la consommation parmi les groupes qui traditionnellement n'avaient pas de contraintes graves les empêchant d'utiliser les soins, mais ceci au prix de l'équité car, en même temps, l'accessibilité financière des soins diminue pour les plus pauvres.

Du point de vue de l'équité, les performances du mode de paiement indirect, bien que la demande de soins soit accrue en général, sont restreintes par le rationnement quantitatif opéré par la distance des formations sanitaires publiques. Alors que tous les contribuables de l'arrondissement, où qu'ils habitent,

participent à égalité au financement des médicaments par la majoration de la taxe, les résidents des villages éloignés des formations sanitaires, dont l'utilisation est relativement faible, subventionnent les soins de santé des résidents des villages qui sont à proximité des formations sanitaires. Cependant, comparé au mode de paiement direct, le mode de paiement indirect est plus équitable du point de vue de la promotion de l'accès des soins dispensés par les formations sanitaires pour les enfants, les femmes, et les secteurs les plus pauvres de la population.

Du point de vue de la viabilité financière, en d'autres termes de la capacité de mobiliser des ressources et de recouvrer les coûts récurrents de la prestation des soins, le mode de paiement indirect est plus performant. Les populations jugent, en outre, qu'il est plus facile à financer. Mais ce mode de paiement indirect fait face à des contraintes institutionnelles liées à son application : le supplément d'impôt devant financer les médicaments étant perçu en même temps que la taxe d'arrondissement, le risque existe que cet argent ne soit pas utilisé pour l'achat des médicaments.

Finalement, du point de vue de la capacité du système de la circonscription à renforcer les activités préventives et promotionnelles dans le cadre de centres de soins intégrés, les perspectives ouvertes par la stimulation de la demande de soins dans le cadre du mode de paiement indirect sont plus nettes. Mais encore une fois, ce potentiel du mode de paiement indirect ne pourrait être réalisé que dans le cadre d'une plus grande intégration des services.

Ainsi, le processus du choix d'un mode de paiement par rapport à un autre devrait s'inscrire dans le cadre d'un ensemble de réformes administratives, de la tarification, et des perspectives du développement infrastructurel dans une circonscription sanitaire donnée. Dans une circonscription sanitaire où les perspectives d'amélioration de la couverture de l'infrastructure sanitaire sont tangibles, et l'administration fiscale locale efficace, le mode de paiement indirect permettrait de développer un système viable, efficient et plus équitable du financement et de la prestation des soins.

Dans une telle circonscription, le support financier des activités décentralisées de la circonscription par le biais du fonds de roulement sous-régional devrait permettre d'améliorer l'équité du mode de paiement indirect. Ce fonds pourrait aussi financer la stratégie appliquée pour le programme de vaccination et d'autres activités promotionnelles en-dehors des villages sites des formations sanitaires. Par ailleurs, l'existence d'un réseau d'équipes de santé villageoise (ESV) dans une circonscription de ce type offre un autre instrument pour améliorer l'équité du système de paiement indirect : on pourrait ainsi financer un système de subvention des trousseaux et de renforcement de la supervision des ESV grâce au fonds sous-régional constitué par la majoration de la taxe. Il serait nécessaire cependant, dans ce cas, de revoir à la hausse les niveaux de la majoration de la taxe d'arrondissement et du ticket modérateur.

Dans le cadre d'une circonscription sanitaire où l'administration fiscale est faible et où la couverture de l'infrastructure sanitaire restera limitée dans le moyen ou le long terme, le mode de paiement direct serait le plus indiqué; il serait aussi plus équitable et offrirait plus de perspectives de viabilité s'il était appliqué en même temps que des réformes du système de tarification. Les niveaux des tarifs qui ont été appliqués dans le cadre du paiement direct durant les tests ne permettent pas de recouvrer les coûts des médicaments, encore moins les dépenses récurrentes de l'ensemble du train de réformes ce qui permettrait de renforcer les capacités des circonscriptions de santé. Ainsi, dans la perspective de l'institutionnalisation du paiement direct dans une circonscription donnée, les tarifs devraient être ajustés à la hausse et une politique d'exemption des groupes vulnérables et des plus pauvres clairement définie et mise en oeuvre.

En résumé, les résultats et améliorations qui ont été observés dans les arrondissements de Say et de Boboye dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts sont des fondations solides sur

lesquelles le MSP peut engager des réformes administratives et politiques visant à renforcer les capacités des circonscriptions sanitaires afin d'élargir l'accès des biens et services sanitaires de qualité à la majorité de la population, aux femmes, aux enfants et aux pauvres. La stimulation de la demande de soins de santé du secteur public et l'intérêt manifesté par les populations rurales à participer à la prise en charge financière des améliorations de la qualité des soins dans les deux arrondissements tests de Say et de Boboye démontrent que les populations sont favorables à un système de santé qui garantit la qualité du service public plutôt qu'à un système fondé sur le principe de la gratuité des soins mais dont les ressources sont limitées et ne peuvent permettre d'apporter des améliorations durables de la qualité des services.

La performance médiocre du système de santé publique, ces dernières années, n'est pas la conséquence uniquement de la centralisation et des contraintes de son mode de financement; d'autres raisons aussi graves ont été les politiques d'approvisionnement et la centralisation du système d'approvisionnement en médicaments qui fragilisent le système de santé publique. En d'autres termes, c'est l'ensemble du système de santé publique et les populations qui sont pénalisés par les problèmes de gestion et les politiques d'approvisionnement dans le système centralisé actuel, situation qui ne profite qu'aux circuits informels de distribution du médicament dont la qualité non contrôlée constitue une menace à la santé des plus pauvres. Enfin, le nouvel environnement économique résultant de la dévaluation du franc CFA va durcir les contraintes financières du secteur de la santé. Les économies qui pourraient être réalisées, cependant, par l'adoption et la mise en oeuvre d'une véritable politique d'approvisionnement basée sur les médicaments essentiels génériques pourraient plus que compenser l'augmentation des coûts induits de la dévaluation de 50 pour cent du franc CFA.

La première condition indispensable au succès d'une politique de renforcement des capacités des circonscriptions sanitaires est l'existence d'un système fiable d'approvisionnement en médicaments à moindre coût. Les résultats de l'évaluation indiquent que la capacité des populations rurales de payer les médicaments est limitée. Si la disponibilité de médicaments génériques meilleur marché que l'on peut se procurer sur un marché efficient et compétitif n'est pas garantie, ce sont la viabilité et l'équité du système de santé qui souffriront, et donc les secteurs les plus pauvres de la population seront les premiers perdants.

L'expérience des tests pilotes dans le cadre de l'approvisionnement en médicaments par l'ONPPC révèle que la dépendance du système de santé vis-à-vis d'une source unique d'approvisionnement comporte des risques énormes : ce monopole de l'approvisionnement en médicaments est contraire aux principes de base de la diversification du risque; comme pour tout système, l'offre de produits qui sont essentiels au fonctionnement du système de santé doit être atomisée, plutôt que concentrée sur une seule source d'approvisionnement. Dans ce cadre, l'État doit être un dernier recours et non le seul prestataire de services.

## **5.2 Recommandations**

Les performances du système de santé publique dans son ensemble par rapport aux objectifs spécifiés dans le Plan de développement sanitaire 1994-2000 dépendront des performances des circonscriptions sanitaires. La réussite des réformes administratives et politiques déjà engagées dans le secteur hospitalier dépendra partiellement des capacités des niveaux inférieurs du système de santé publique de promouvoir des comportements qui augmentent les capacités sanitaires communautaires et individuelles de la population, et de la prise en charge des soins primaires et secondaires. L'amélioration de la qualité des soins de santé de base dans un contexte où l'extension de la couverture sanitaire du pays est une nécessité, ne pourra être pérennisée qu'au moyen de réformes visant à limiter les coûts des soins

de santé et à mobiliser et rationaliser l'utilisation des ressources internes. La conception, la mise en oeuvre et les résultats des réformes techniques, administratives et financières qui ont été testées dans les arrondissements de Boboye et de Say ouvrent des options claires dans le processus de décentralisation du système de santé publique et de renforcement des capacités des circonscriptions sanitaires et des soins de santé primaires.

### **5.2.1 Au gouvernement du Niger**

Dans ce contexte, il est recommandé au gouvernement du Niger de formuler une politique de financement des soins de santé primaires basée sur le principe de la participation responsable de tous les Nigériens à la prise en charge des coûts des soins de santé afin que l'accès à des soins de santé de qualité puisse être élargi durablement à la majorité de la population en général, et aux secteurs les plus pauvres en particulier. Il est recommandé que la politique de financement intègre des dispositions garantissant la gestion décentralisée des ressources financières additionnelles, produit de l'effort des populations, par les populations elles-mêmes.

L'évaluation des performances des diverses options de financement dans le cadre des tests pilotes démontre sans ambiguïté la supériorité du mode de paiement indirect du point de vue de la promotion de l'équité; par ailleurs, les populations jugent qu'il est plus facile à financer que le mode de paiement direct. Il est donc recommandé au gouvernement du Niger lorsqu'il formulera une politique nationale de financement des soins de santé primaires, de promouvoir le mode de paiement indirect comme instrument de la mobilisation des ressources internes à travers la participation communautaire. Dans le cadre du renforcement de la décentralisation administrative, il est recommandé au gouvernement de laisser le choix définitif du mode de paiement aux collectivités territoriales qui devront envisager ce choix selon leurs besoins et contraintes respectives. Le gouvernement devra alors aider les collectivités territoriales à procéder au choix du mode de paiement et à le mettre en oeuvre.

Il est recommandé au gouvernement du Niger d'ajuster à la hausse les dotations du budget central en médicaments aux circonscriptions sanitaires. Les performances des circonscriptions sanitaires, surtout celles qui choisiront le mode de paiement direct, dépendront essentiellement du niveau de la participation de l'État. Les informations sur les dépenses en médicaments et de gestion recueillies dans le cadre des tests pilotes devront servir de base pour la fixation des tarifs. La maîtrise des stratégies plainte-traitement, le premier instrument de réduction des coûts de la prestation des soins, par les agents des formations sanitaires dans les départements du pays autres que le département de Dosso prendra plusieurs années. Il est, par conséquent, recommandé au gouvernement du Niger de fixer les tarifs de façon à ce qu'ils couvrent la totalité des coûts induits par la mise en oeuvre du recouvrement des coûts dès la cinquième année de mise en oeuvre.

Il est recommandé au gouvernement du Niger de promouvoir et de réglementer l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques du pays afin de parvenir à une prise en charge médicale des besoins croissants des populations à moindre coût. À cet effet, il est recommandé de mettre en place un comité interministériel pour discuter des réformes nécessaires dans le secteur pharmaceutique afin de généraliser à l'ensemble du pays les initiatives qui ont été engagées dans le cadre des tests pilotes.

Il est recommandé d'augmenter les capacités du système d'acquisition et de distribution des médicaments au moyen de réformes qui encouragent la concurrence et réduisent les barrières financières de l'accès à des médicaments de qualité. Il est recommandé au gouvernement du Niger de mettre en place, en collaboration avec les bailleurs de fonds, une centrale autonome d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques à but non-lucratif basée à Niamey. Cette centrale sera chargée de

lancer des appels d'offres internationaux pour l'acquisition de médicaments essentiels génériques afin de ravitailler des dépôts régionaux qui seront créés au niveau de chaque région; ces dépôts seront responsables du ravitaillement des formations sanitaires de leur région respective durant les premières années de la généralisation. Ils devront être gérés au niveau local et soumis aux audits de la centrale. Après la généralisation du recouvrement des coûts à l'ensemble des circonscriptions sanitaires du pays, les dépôts régionaux seront transformés en centrales régionales d'approvisionnement sur la base de l'expérience de la centrale nationale. Ce système alternatif pourra coexister non seulement avec l'ONPPC, mais aussi avec un marché privé et réglementé d'importation et de distribution de médicaments : le système d'approvisionnement atomisé qui résultera de telles réformes permettra de garantir la disponibilité des médicaments dans le pays même si une ou plusieurs unités d'importation fait face à des difficultés financières ou administratives. Par conséquent, il est recommandé que l'importation de médicaments essentiels génériques soit exonérée de taxe afin d'améliorer l'équité du système de santé.

Il est recommandé au gouvernement du Niger de renforcer les ressources humaines et matérielles des circonscriptions sanitaires de santé et des formations sanitaires publiques afin d'intégrer davantage les services de santé. Il faudra donc fournir un équipement adéquat aux formations sanitaires publiques selon des normes correspondant à leur niveau technique. De même, l'intégration des services exige que les formations sanitaires soient dotées d'un personnel technique en quantité suffisante et formé pour assurer la prestation d'un ensemble minimal de services intégrés.

Il est recommandé de renforcer les ressources humaines des circonscriptions sanitaires et des formations sanitaires publiques afin de rationaliser l'utilisation des ressources dans la prise en charge médicale des patients. La viabilité des réformes financières qui devront être engagées, et les niveaux des tarifs qui seront appliqués dans ce cadre, dépendront essentiellement de la maîtrise des coûts en médicaments de la prestation des soins de santé primaires. Il est aussi recommandé d'élargir l'application des stratégies plainte-traitement à l'ensemble des circonscriptions sanitaires du pays et de renforcer la supervision du personnel médical et paramédical dans l'application de ces stratégies.

Il est recommandé au gouvernement du Niger de renforcer les capacités de gestion des circonscriptions et des formations sanitaires. La participation des populations à la gestion des formations sanitaires nécessitera la mise en place de systèmes de gestion financière et de gestion des médicaments simples et transparents où les responsabilités seront partagées, ainsi que d'un système de contrôle entre le personnel de santé et les représentants des populations.

Enfin, il est recommandé au gouvernement du Niger de définir et de mettre en place un nouveau partenariat entre les communautés de base, les collectivités territoriales, l'État, et les bailleurs de fonds axé sur le soutien des efforts internes à engager pour renforcer les soins de santé primaires et satisfaire les besoins sanitaires perçus des communautés de base. Dans ce cadre, la participation et le rôle des différentes composantes du partenariat au financement des investissements et dépenses opérationnelles de la circonscription sanitaire devront être clairement définis et structurés de façon à garantir la pérennisation de soins de santé primaires de qualité.

### **5.2.2 Aux collectivités territoriales du Niger**

Il est recommandé aux collectivités territoriales du Niger d'intensifier leur soutien aux circonscriptions sanitaires sous leur tutelle administrative. Dans le cadre de la participation des collectivités territoriales au financement des soins de santé primaires, il est recommandé de définir et de financer une ligne budgétaire pour aider la communauté à participer au financement des soins de santé primaires. Cette ligne budgétaire permettra de financer les initiatives de sensibilisation continue des

populations à la participation communautaire, de combler une partie des déficits financiers pour reconstituer les stocks de médicaments, et de payer les frais de personnel auxiliaire impliqué dans la gestion de la circonscription sanitaire.

Dans les entités administratives où le mode de paiement indirect sera mis en oeuvre, il est recommandé au gouvernement et aux collectivités territoriales de prendre toutes les dispositions administratives nécessaires afin que l'intégralité des recettes provenant de la majoration de la taxe d'arrondissement pour le financement des médicaments soit mise à la disposition du comité sous-régional de la santé chargé de gérer les ressources additionnelles de la participation communautaire, au début de l'année fiscale.

Dans le cadre de la mise en oeuvre d'une politique de financement des soins de santé primaires intégrant la participation communautaire, il est recommandé aux collectivités territoriales de mobiliser toutes leurs ressources humaines pertinentes afin de définir un plan d'action et de soutenir la mise en oeuvre et le suivi de la politique.

### **5.2.3 Aux communautés de base du Niger**

Les communautés de base du Niger seront non seulement les premières bénéficiaires d'une politique de financement des soins de santé primaires, mais aussi les premiers acteurs d'une telle politique. De leur organisation et de leur participation dépendra la pérennité de soins de santé primaires de meilleure qualité. Dans le cadre de la mise en oeuvre d'une politique de financement local impliquant la participation des populations, il est recommandé aux communautés de base de renforcer les organisations communautaires où elles existent, de les mettre en place où elles n'existent pas afin de sensibiliser leurs populations, et de mobiliser et de gérer les ressources locales, financières et matérielles pour améliorer durablement la qualité des soins de santé dont leurs populations sont les premières bénéficiaires.

### **5.2.4 Aux bailleurs de fonds en général**

Les bailleurs de fonds du secteur sanitaire du Niger ont apporté un soutien appréciable aux soins de santé primaires dans le pays. Les acquis de ce soutien et les résultats des apports futurs ne sauraient être pérennisés, cependant, que dans le cadre d'un système viable de circonscriptions sanitaires dont les prestations répondent *en premier lieu* aux besoins des populations desservies : les expériences au Niger, dans d'autres pays d'Afrique et du monde en développement démontrent que ce n'est que dans le cadre d'un tel système, où la confiance des populations envers les formations sanitaires est durablement établie, que les activités préventives et promotionnelles se sont maintenues à des niveaux ayant un impact sur la santé de la population. Il est par conséquent recommandé aux bailleurs de fonds d'augmenter leur soutien à une approche intégrée du système de santé de base.

Les résultats des réformes engagées dans le cadre des tests pilotes découlent des effets synergétiques de l'assistance de l'USAID, de la Banque mondiale, de la Coopération médicale belge, de l'OMS et de l'UNICEF, pour ne citer que ceux-là. Il est recommandé au gouvernement du Niger et aux bailleurs de fonds de diriger leur coopération vers des cadres institutionnels aux niveaux national, régional et sous-régional, servant de catalyseurs au renforcement des effets synergétiques des interventions sanitaires sur le système de prestation des soins et la santé des populations.

Il est recommandé aux bailleurs de fonds d'apporter un soutien au gouvernement et aux collectivités territoriales dans la mise en oeuvre des réformes techniques, administratives et financières dans le secteur non-hospitalier.

### **5.2.5 À l'USAID/Niamey**

Dans le cadre de la subvention au développement du secteur sanitaire, l'apport de l'USAID/Niamey a poussé le secteur de la santé à s'engager dans des réformes administratives et politiques dans les domaines suivants : planification, gestion et financement de la santé. L'extension, le renforcement et la consolidation de ces réformes sont porteurs d'un système de santé plus viable, plus efficient et plus équitable. Les potentialités du nouvel environnement ainsi créé ne peuvent se concrétiser qu'en renforçant les capacités aux niveaux décentralisés du système de santé. À cet égard, il est recommandé à l'USAID/Niamey de renforcer le soutien aux réformes administratives et politiques aux niveaux décentralisés du système de santé publique.

Il est recommandé à l'USAID/Niamey d'assister le gouvernement à évaluer les problèmes du secteur pharmaceutique et à leur trouver une solution. Pour l'assistance technique, la mission peut fournir des fonds spéciaux ou avoir recours à des projets bilatéraux existants tels que la subvention au développement du secteur sanitaire.

Il est recommandé à l'USAID/Niamey de créer un projet s'étalant sur cinq ans afin d'assister le gouvernement dans le processus de généralisation des réformes administratives et financières du secteur non-hospitalier. Un tel projet pourra financer le perfectionnement du personnel des formations sanitaires en gestion et en stratégies plainte-traitement et le renforcement de la supervision du personnel médical et paramédical. Le projet devra inclure une composante de suivi et évaluation afin de juger les résultats de la mise en oeuvre des réformes administratives et financières dans les circonscriptions sanitaires du pays.

Les tests pilotes ont été un succès majeur autant du point de vue technique que du point de vue du processus d'élaboration d'une politique gouvernementale. L'USAID/Niamey pourra affecter des fonds, sous la forme d'une activité ponctuelle, à un projet financé au niveau central par l'AID afin d'assurer la diffusion des informations portant sur les tests pilotes.

### **5.2.6 À la Coopération médicale belge**

Il est recommandé au projet AMISAP et à la Coopération médicale belge de Dosso de continuer à assurer l'assistance technique dans le domaine de la formation et de la supervision du personnel médical en stratégies plainte-traitement dans le cadre des efforts futurs du gouvernement pour renforcer les circonscriptions sanitaires.

### **5.2.7 À l'UNICEF**

Il est recommandé à l'UNICEF de servir de chef de file dans l'évaluation et la solution des contraintes du secteur pharmaceutique. Il est recommandé à l'UNICEF de dégager des fonds pour financer des visites d'études pour des responsables du MSP dans des pays de la région où des systèmes semi-autonomes d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques ont été mis en place. L'UNICEF pourra non seulement fournir l'assistance technique pour la mise en place d'un système

semblable au Niger, mais aussi assister les efforts concertés du gouvernement et des bailleurs de fonds dans ce domaine.

### **5.2.8 À la Banque mondiale**

Il est recommandé à la Banque mondiale d'inclure une composante soutien à la généralisation des réformes administratives et financières dans les circonscriptions sanitaires des projets du secteur santé et population. Grâce à ces projets, la Banque mondiale pourra apporter un soutien aux réformes, dont le financement des stocks initiaux de médicaments essentiels génériques, la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, ainsi que l'acquisition de véhicules, de matériels médicaux et d'ordinateurs.

## **5.3 Plan d'action vers la généralisation : Principales questions politiques**

Les résultats des tests pilotes donnent la possibilité au Ministère de la santé publique de définir une politique cohérente de financement du secteur non-hospitalier et de déterminer à priori les conséquences des réformes qui seront engagées dans ce cadre. Les expériences de la mise en oeuvre des tests pilotes dans les arrondissements de Boboye et de Say, et de l'Initiative de Bamako dans le département de Maradi démontrent, cependant, que plusieurs questions de politiques dans d'autres domaines devront trouver des solutions et qu'il faudra engager plusieurs actions afin de mettre en place un environnement favorable qui permettra de non seulement consolider les acquis dans les circonscriptions sanitaires de Say, de Boboye et de l'Initiative de Bamako, mais aussi de généraliser les mesures de réformes à d'autres régions du pays.

Afin d'appliquer les réformes techniques, administratives et financières à l'ensemble du pays, il faudra engager plusieurs actions. Ces actions s'articulent sur la mobilisation des ressources internes, la réduction des coûts de la prestation des soins, la participation communautaire, les aspects opérationnels et financiers de la mise en oeuvre de la généralisation et enfin le suivi et l'évaluation.

### **5.3.1 Mobilisation des ressources internes**

#### **(1) Du cadre légal de la généralisation**

Une réforme législative du financement des soins dans le secteur non-hospitalier sera nécessaire afin de mettre en place un cadre légal permettant la généralisation des réformes à l'ensemble des circonscriptions sanitaires du pays. Cette réforme devrait s'articuler sur deux principes. Le premier sera la participation responsable des intervenants du secteur en général, et des bénéficiaires en particulier, ainsi que de la garantie de la qualité du service public, et il devra être substitué au principe de la gratuité des soins. Le deuxième principe sera la décentralisation de la gestion des ressources générées par le recouvrement des coûts qui sera confiée aux populations.

#### **(2) De la sélection du système de recouvrement des coûts**

Le cadre légal devra préciser le rôle de l'État, des collectivités territoriales (CT) et des communautés de base (CB) par rapport au mode de paiement à mettre en oeuvre. Au cas où le choix du

mode de paiement devra être laissé aux CT et CB, le processus de sélection du mode de paiement devra être régi par les textes juridiques définissant le cadre légal de la généralisation.

### **5.3.2 Améliorations et réduction des coûts des soins de santé**

#### **(3) De l'approvisionnement en médicaments**

La réussite de la généralisation du recouvrement des coûts dépendra essentiellement de la politique d'approvisionnement en médicaments qui sera appliquée dans le pays dans les années à venir. Afin de viabiliser le financement local des soins de santé par les populations et d'assurer le renforcement durable des capacités des circonscriptions sanitaires, la politique d'approvisionnement et de distribution de médicaments devra être articulée prioritairement sur des critères d'efficacité et de viabilité : efficacité des médicaments, minimisation de leurs coûts, et système de ravitaillement fiable et décentralisé.

Dans le cadre des tests pilotes, qui n'intéressent que dix-huit formations sanitaires, l'ONPPC n'a pu assumer son rôle qui était d'approvisionner les deux circonscriptions médicales de Boboye et de Say.

L'ONPPC pourra-t-il assurer régulièrement l'approvisionnement d'importantes quantités de médicaments essentiels génériques aux circonscriptions médicales participant à la généralisation des améliorations de la qualité des soins et du recouvrement des coûts?

Faudra-t-il envisager un système différent ou un plan de secours combinant l'ONPPC et un autre mécanisme d'acquisition des médicaments essentiels génériques (UNICEF-UNIPAC, par exemple)? Quel sera le rôle de l'ONPPC dans un système différent? Quel serait le rôle de l'ONPPC dans le cadre d'un plan de secours?

#### **(4) De l'intégration des services**

Afin d'accroître l'efficacité des réformes administratives, techniques et financières dans les circonscriptions sanitaires, il faudra intégrer les activités curatives, préventives et promotionnelles. Il faudra définir un minimum d'activités intégrées sur le triple plan structure-processus-résultat et impact afin de diriger le renforcement de l'équipement des formations sanitaires et la formation du personnel de santé à administrer ces activités.

#### **(5) Du renforcement des capacités humaines des circonscriptions sanitaires**

L'utilisation des ressources au niveau des circonscriptions sanitaires devra être rationalisée à travers l'application de stratégies plainte-traitement et d'une gestion saine des médicaments et des ressources financières. Dans ce cadre, l'application des SPT et la mise en place de systèmes de gestion devront être étendues à l'ensemble du pays. Les activités de formation nécessaires devront être planifiées afin de maximiser l'utilisation des ressources telles que les institutions et les personnes qui assureront le soutien technique de la formation.

### **5.3.3 Participation communautaire**

#### **(6) De la participation communautaire**

La participation communautaire doit être clairement définie dans le cadre d'un partenariat regroupant les communautés de base, les collectivités territoriales et l'État. Il sera nécessaire d'élaborer un document-cadre définissant les rôles des différents intervenants de ce partenariat qui devra être suffisamment souple pour s'adapter aux divers contextes économiques, sociaux et administratifs du pays.

L'élément essentiel au plan de la participation communautaire est que les populations elles-mêmes gèrent les ressources financières obtenues par le recouvrement du coût.

### **5.3.4 Mise en oeuvre**

La généralisation du recouvrement des coûts au niveau national impliquera plusieurs acteurs et nécessitera d'importantes ressources financières. Une stratégie cohérente de mise en oeuvre de la généralisation devra définir un cadre institutionnel, les paramètres dans le temps et dans l'espace de la généralisation, identifier des sources de financement, et indiquer les institutions-ressources qui assureront le soutien technique aux circonscriptions sanitaires dans la mise en oeuvre des réformes techniques, administratives et financières.

#### **(7) Du cadre institutionnel de la généralisation**

Il faudra mettre en place un cadre institutionnel souple afin d'assurer une mise en oeuvre harmonieuse de la généralisation. Ce cadre institutionnel ne pourra être indépendant de la mise en oeuvre dans le temps et dans l'espace, mais quelles que soient les stratégies envisagées, la généralisation devra être engagée dans le sens du renforcement de la décentralisation du système de santé et des capacités des directions départementales de la santé.

Dans le cadre d'une stratégie de généralisation progressive - focalisée régionalement (un département après l'autre) - il ne sera pas nécessaire de disposer d'une unité centrale forte et l'on pourra utiliser le modèle institutionnel de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le département de Maradi. On pourra maintenir une unité centrale au niveau de la DPS qui sera chargée du suivi de la coordination et de la réglementation et il faudra demander au SNIS d'apporter un soutien aux études et recherches opérationnelles.

Dans le cadre d'une stratégie de généralisation incrémentielle et simultanée dans plusieurs départements, il sera nécessaire d'avoir une forte unité centrale disposant des capacités suffisantes pour aider chaque DDS à lancer la mise en oeuvre dans au moins un arrondissement. Dans ce scénario, l'unité centrale sera renforcée pendant la première phase de la généralisation; dans une deuxième phase, elle devra se transformer en une unité chargée du suivi, de la coordination et de la réglementation. Il faudra, pendant la première phase, renforcer les capacités des DDS pour leur permettre de poursuivre la généralisation dans leur département respectif au cours des phases ultérieures.

## **(8) Des paramètres de la généralisation dans le temps et dans l'espace**

La généralisation à l'ensemble du pays devra être conçue en phases multiples. Deux scénarios peuvent être envisagés dans ce cadre :

Scénario A : une généralisation focalisée régionalement (d'un groupe de départements à un autre) où les phases de la généralisation dans le temps seront définies géographiquement : l'échelle d'une phase ne pourra dépasser deux départements sur une période de deux ans; et

Scénario B : généralisation incrémentielle et simultanée dans plusieurs départements : chaque département sera assisté centralement dans une première phase de la généralisation afin de maîtriser le processus et la gestion de la mise en oeuvre dans un arrondissement de démonstration. Dans une deuxième phase, les DDS elles-mêmes seront chargées de l'extension de la mise en oeuvre dans les autres arrondissements du département.

Quel que soit le scénario suivi, il est recommandé de maintenir l'échelle de la première phase de généralisation à une dimension qui puisse être gérée facilement étant donné qu'un système fiable d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques n'est pas encore en place dans le pays, et que les activités de formation nécessiteront la collaboration de plusieurs institutions-ressources.

## **(9) Projections des besoins et identification des sources de financement**

Il sera nécessaire d'établir des projections détaillées des besoins en ressources matérielles, humaines et financières de la première phase de généralisation ainsi que des projections indicatives des besoins des phases ultérieures. Le Ministère de la santé publique pourra utiliser ces projections afin d'engager le processus de recherche et de confirmation des sources de financement de la généralisation.

### **5.3.5 Suivi et évaluation**

#### **(10) Du suivi et de l'évaluation**

En ce qui a trait à la mise en place du cadre juridique, du cadre institutionnel et des paramètres de la généralisation dans le temps et dans l'espace, il conviendra d'instaurer un système de suivi et d'évaluation (SSE). L'élément structurel de ce système devra définir clairement les institutions qui seront chargées du suivi de la mise en oeuvre de la généralisation. Du point de vue de ses composantes, le SSE devra s'articuler sur un suivi interne à la stratégie de mise en oeuvre, sur des audits, et sur une évaluation externe permettant de mesurer les performances du processus et les résultats de la mise en oeuvre. L'évaluation externe devra être programmée pour les différentes phases de la généralisation.

## BIBLIOGRAPHIE

### *Documents Techniques du Projet HFS à propos du Niger*

- DIOP, François P. 1994. *Enquête Ménage sur la demande de soins de santé dans les arrondissements de Boboye, Illéla et Say, octobre-décembre 1993 : Schémas d'utilisation des soins de santé—Analyses comparatives*. Ministère de la santé publique, Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé. Note Technique 37-F. Bethesda, MD : Abt Associates Inc. Niamey. (mai)
- . 1994. *Tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier : Données provenant des formations sanitaires publiques du Niger*. Note technique 31. Bethesda, MD : Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé.
- . 1993. *Tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier : Enquête Ménage sur la demande de soins de santé, Arrondissements de Boboye, Illéla et Say. Niger, octobre-décembre 1992: Schémas d'utilisation des soins de santé*. Note technique 27. Bethesda, MD : Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé.
- . 1993. *Rapport semi-annuel sur les résultats du recouvrement des coûts dans les arrondissements de Boboye et de Say, mai-octobre 1993*. Bethesda, MD : Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé.
- DIOP, François P., M. Kailou, et O. Oumarou. 1994. *Performances du recouvrement des coûts : Arrondissements de Boboye et de Say, mai 1993—février 1994*. Ministère de la santé publique, Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé. Bethesda, MD : Abt Associates Inc. Niamey. (mai)
- ELLIS, Randall et Mukesh Chawla. 1994. *Importance du site sur la demande dans une expérience de recouvrement des coûts des soins de santé au Niger*. Note technique 38. Bethesda, MD : Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé.
- WOUTERS, Annemarie. 1994. *Qualité des soins de santé et financement des soins de santé en Afrique : Examen et discussion des constatations au Niger et au Sénégal*. Principal document de recherche appliquée 13. Bethesda, MD : Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé.
- WOUTERS, Annemarie et Anthony Kouzis. 1994. *La qualité des soins de santé et son rôle dans le recouvrement des coûts : Le recouvrement des coûts et l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments au Niger. Implications sur le total des coûts de traitement*. Principal document de recherche appliquée 8. Bethesda, MD : Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé.
- YAZBECK, Abdo et Mark Wenner. 1994. *Financement social et recouvrement net des coûts par le paiement à l'acte au Niger*. Principal document de recherche appliquée 15. Bethesda, MD : Projet HFS : Financement et pérennisation de la santé.

### *Des Autres Références*

*Accord de subvention au développement sanitaire de la République du Niger*, entre la République du Niger et les États-Unis d'Amérique.

BITRAN, Ricardo. 1989. *Subvention au développement sanitaire : Tests pilotes de recouvrement des coûts dans les centres de santé de l'État, Méthodologie proposée*. Ministère de la santé publique, Direction des études et de la programmation, Assistance technique Tulane/Abt. Niamey. miméo. (novembre)

EDSN (Direction de la statistique et des comptes nationaux). 1993. *Enquête démographique et sanitaire au Niger 1992*. Direction générale, Ministère des finances et du Plan, Macro International, Inc., Demographic and Health Survey.

ÉTUDE SUR LES DÉPENSES PUBLIQUES DU NIGER. 1992. miméo.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 1993a. *Arrêté portant création des Tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier*. Niamey.

———. 1993b. *Plan de développement sanitaire 1994-2000*, Draft No 3. République du Niger. (novembre)

———. 1992a. *Dossier de requête de subvention au développement sanitaire et à la Banque mondiale pour le Sous-projet Tests pilotes de recouvrement des coûts, 1992-1993*. Direction des études et de la programmation, Équipe Tulane/Abt. Niamey. (janvier)

———. 1992b. *Manuel de gestion des médicaments et de gestion financière*. Direction des études et de la programmation.

———. 1992c. *Tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier*. Niamey.

———. 1991. *Arrêté portant création du Comité de pilotage des tests pilotes de recouvrement des coûts*. Niamey.

———. 1989. *Rapport du séminaire de Kollo*, Direction des études et de la programmation. Niamey.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE-COOPÉRATION MÉDICALE BELGE. 1991. *Stratégie Plainte-Traitement*. Niamey.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES. 1990. *Politique de recouvrement des coûts des soins de santé au Niger*. Draft, Commission No. 4 des Journées d'études, République du Niger. (août)

———. 1987. *Enquête nationale sur l'utilisation des services de santé*. Cellule de planification—Projet Tulane.

RÉPUBLIQUE DU NIGER. 1987. *Étude sur le recouvrement des coûts*. Ministère du Plan, Direction de l'évaluation et de la programmation des projets, Projet amélioration de la gestion économique et financière, Africa-Asian Bureau. (août)

- SÉKOU, Hamidou, et al. 1991. *Analyse des aspects du recouvrement des coûts des médicaments lors de la recherche opérationnelle à Tibiri et du projet de Mirriah*. Ministère de la santé publique, Direction des études et de la programmation.
- UNICEF. 1992. *L'Initiative de Bamako : Rapport d'activité*. Fonds des Nations unies pour l'enfance, Conseil d'administration, Session de 1992.
- USAID. 1993. *Nutrition en Afrique : Nutrition et santé des jeunes enfants au Niger—Résultats de l'enquête démographique et sanitaire au Niger 1992*. USAID/AFR/ARTS et R&D/N, Macro International Inc., Projet de surveillance de la sécurité alimentaire et de la nutrition.
- WEAVER, Marcia, et Keith McInnes. 1989. *Questions techniques relatives à l'évaluation des tests pilotes des systèmes de recouvrement des coûts*. Ministère de la santé publique, Direction des études et de la programmation, Assistance technique Tulane/Abt. Niamey. miméo. (novembre)
- WILLIS, Carla, et François P. Diop. 1990. *Proposition de financement pour des enquêtes auprès des ménages du projet Tests pilotes de recouvrement des coûts*. Équipe d'assistance technique Tulane/Abt. Ministère de la santé publique, Direction des études et de la programmation. (Version préliminaire; décembre)